

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة باتنة 1
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا



شعبة: علم النفس

الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل:

فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من أعراض الوسواس القهري

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس
تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ الدكتور

نور الدين جبالي

إعداد الطالبة

إيمان بوقفة

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
د/ عز الدين بشقة	أستاذ محاضر - أ-	جامعة باتنة 1	رئيسا
أ.د/ نور الدين جبالي	أستاذ التعليم العالي	جامعة باتنة 1	مشرفا ومقررا
أ.د/ صلاح الدين تغليت	أستاذ التعليم العالي	جامعة سطيف 2	عضوا
أ.د/ عائشة نحوي	أستاذ التعليم العالي	جامعة بسكرة	عضوا
د/ سمية عليوة	أستاذ محاضر - أ-	جامعة باتنة 1	عضوا
د/ خميسة قنون	أستاذ محاضر - أ-	المركز الجامعي بريكه	عضوا

السنة الجامعية: 2019 - 2020

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين خلق اللوح والقلم، وخلق الخلق من عدم، ودبر الأرزاق والآجال بالمقادير، وحكم وجمل الليل بالنجوم في الظلم.

اللهم إن شكري نعمة، تستحق الشكر، فعلمني كيف أشكر، الحمد لله كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانتك.

اللهم لك الحمد والشكر على توفيتي في أداء هذا العمل.

اللهم تقبله مني صدقة جارية لكل من انتفع به.

ولا يفوتني أن أتقدم بأسمى معاني الشكر والتقدير لأستاذي وأبي الفاضل الأستاذ الدكتور نورالدين جبالي على دعمه وتوجيهه لي لأداء هذا العمل بشكل خاص وكل توجيهاته خلال مشواري الدراسي بأكمله.

إلى الغالي عبد الله كلي شكر وامتنان على كل الدعم والمساعدة في إنجاز هذا العمل.

وكلي شكر وعرفان لأخواتي وزميلاتي على دعمهم لإنجاز هذا العمل من بينهم الدكتورة نهى بوخوفة، الدكتورة سعاد بخوش، خالتي الغالية نورة بن حملاوي، الزميلة ليلي درياس، زميلتي وأختي الدكتورة رانيا قاسم، أختي أمال خيرالدين.

ولا يفوتني أن أشكر الدكتور عز الدين بن زغبية، والمهندس علي البدري جودة.

كما أتقدم بجزيل الشكر لمركز ماجيك نباتنة، ومركز برايوري ولسين دبي على الدعم والمساعدة في أداء هذا العمل، وأحيي وأشكر كل من تانيا، الدكتورة رشا، الدكتور وليد وفريق العيادة أجمع.

كما أتقدم بجزيل الشكر للقسم المسؤول عن الأبحاث بمدينة دبي الطبية.

وتحية خالصة لكل من وقف إلى جانبي ودعمني لأداء هذا العمل.

الفهرس

فهرس محتويات الدراسة

الصفحة	المحتويات
	شكر وتقدير
	محتويات البحث
	الجداول
	الأشكال
	الملخص باللغة العربية
	الملخص باللغة الإنجليزية
01.....	مقدمة.....
التراث النظري للدراسة	
الفصل الأول: إشكالية الدراسة	
04.....	1- إشكالية الدراسة.....
09.....	2- أهداف الدراسة.....
09.....	3- أهمية الدراسة.....
11.....	4- الدراسات السابقة.....

- 5- موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة.....23
- 6-فرضيات الدراسة.....23
- 7-التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة.....24

الفصل الثاني: العلاج بالتقبل والالتزام

- 1- مفهوم العلاج بالتقبل والالتزام.....28
- 2- الجذور الفلسفية للعلاج بالتقبل والالتزام.....29
- 3- نموذج الاضطراب النفسي من منظور العلاج بالتقبل والالتزام.....36
- 4- العلاج بالتقبل والالتزام (من النظري إلى التطبيق)50
- 5- المبادئ الأساسية الستة للعلاج بالتقبل والالتزام.....54
- 6- الوعي الكامل.....64
- 7- الأنا المفكر والأنا الملاحظ.....67
- 8-التعاطف مع الذات.....67
- 9- الاستعارات والتمارين في العلاج بالتقبل والالتزام.....70

الفصل الثالث: الوسواس القهري

- 1- ما هو الوسواس القهري؟.....98
- 2- نبذة تاريخية عن الوسواس القهري.....103
- 3- ما هو الطبيعي وما هو غير الطبيعي في الوسواس القهري.....105
- 4- أسباب الوسواس القهري.....106
- 5- أعراض اضطراب الوسواس القهري.....110
- 6- معايير تشخيص اضطراب الوسواس القهري.....116
- 7- أهم الملامح الرئيسية للمصابين باضطراب الوسواس القهري.....121
- 8- النظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري.....122
- 9- أساليب علاج الوسواس القهري.....131
- 10- مآل اضطراب الوسواس القهري.....137

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية

- 1- منهج الدراسة.....140
- 2- عينة الدراسة.....141
- 1-2- عينة الدراسة الاستطلاعية.....141
- 2-2- عينة الدراسة الأساسية.....144
- 3- حدود الدراسة.....150

4- أدوات الدراسة.....151

5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الحالية.....174

الفصل الخامس: عرض وتفسير ومناقشة النتائج

1- عرض وتفسير النتائج.....178

1-1- حساب الدلالة الإحصائية.....179

1-2- حساب الدلالة العملية: حجم الأثر.....182

1-3- حساب الدلالة الإكلينيكية:.....185

2- تحليل ومناقشة النتائج.....189

2-1- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.....189

2-2- تحليل ومناقشة الفرضية الثانية.....193

2-3- تحليل ومناقشة الفرضية الثالثة.....195

2-4- تحليل ومناقشة الفرضية الرابعة.....198

خاتمة.....201

قائمة المراجع.....203

الملاحق.....214

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	ما يمكن وما لا يمكن التحكم فيه	52
2	الفروق بين ما هو طبيعي وما هو غير طبيعي	106
3	يوضح تصنيف الوسواس مع إعطاء أمثلة	115
4	توزيع العينة الاستطلاعية حسب الجنس والفئة العمرية	142
5	توزيع العينة الاستطلاعية حسب الحالة النفسية	143
6	توزيع الحالات التي تعاني من مشكلات نفسية حسب الخضوع للعلاج النفسي	143
7	توزيع الحالات حسب المستوى الإقتصادي	144
8	يمثل توزيع أفراد العينة حسب السن	146
9	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	147
10	توزيع أفراد العينة حسب المستوى الإقتصادي	148
11	يمثل توزيع أفراد العينة حسب البلد	149
12	يمثل أبعاد مقياس الوسواس القهري	155
13	نتائج اختبارات "ت" لحساب الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية) لمقياس BAFT	156
14	قيم سبيرمان براون وجوتمان	156
15	نتائج اختبار "ت" لحساب الصدق التمييزي لاختبار FMI	157
16	معامل ارتباط اختبار الوعي الكامل لفريبورغ	157
17	نتائج اختبارات "ت" لحساب الصدق التمييزي	158
18	معامل ألفا كرونباخ لاستبيان التقبل والعمل - النسخة (AAQ-II)	158
19	نتائج ألفا كرونباخ الكلي بعد حذف كل بند	159
20	اختبار الاعتدالية	161
21	معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية لمقياس بيل براون للوسواس القهري	162

163	اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والدنيا للمقياسين	22
163	معامل ألفا كرومباخ لمقياس بيل براون للوسواس القهري وأبعاده	23
178	قيم اختبار كولموغوروف سيمير نوف (Kolmogorov-Smirnov)	24
179	متوسطات عينة الدراسة لمتغير الوسواس القهري في المقياس القبلي والبعدي	25
180	اختبار "ت" للعينات المترابط الوعي الكامل لعينة الدراسة القبلي والبعدي	26
181	متوسط اختبار تصديق مشاعر القلق للمقياس القبلي والبعدي	27
182	متوسطات مقياس التقبل والفعل AAQ-II القبلي والبعدي	28
187	درجات الفرق ومؤشر ثبات التغير RCI	29
188	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والخطأ المعياري لدرجات الفرق	30
188	تصنيف الحالات بعد التعرض للبرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام.	31

فهرس الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
1	نموذج الاضطراب النفسي من منظور العلاج بالتقبل والالتزام	49
2	يمثل رسم توضيحي للعناصر الستة للعلاج بالتقبل والالتزام	64
3	يوضح نقطة الاختيار	80
4	يمثل النموذج المعرفي السلوكي للوسواس القهري	126
5	حلقة الوسواس	127
6	نموذج العلاج بالتقبل والالتزام في سايكوباتولوجيا لاضطراب الوسواس القهري	131
7	خصائص العينة الأساسية	145
8	خصائص العينة الأساسية حسب السن	146
9	أفراد العينة الأساسية حسب المستوى التعليمي	147
10	توزيع أفراد العينة حسب المستوى الإقتصادي	148
11	توزيع أفراد العينة حسب البلد	149
12	توزيع درجات المفحوصين على مقياس براون ييل للوسواس القهري	161
13	مراحل العلاج بالتقبل والالتزام للتخفيف من أعراض الوسواس القهري	166
14	الهدف الأساسي للعلاج والأهداف الفرعية للعلاج بالتقبل والالتزام	167
15	انخفاض السلوكيات القهرية في دراسة توهيج وآخرون بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام	190
16	انخفاض السلوكيات القهرية بعد الخضوع للبرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام	191

ملخص

فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من أعراض الوسواس القهري

يعد العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) علاجاً نفسياً مدعوماً تجريبياً ويهدف إلى رفع المرونة النفسية من خلال خفض التجنب التجريبي والاندماج المعرفي، ويتم ذلك باستخدام تقنيات الوعي الكامل ومهارات فك الاندماج. ولقد أثبت العلاج بالتقبل والالتزام فعاليته مع مجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية.

وتحاول الدراسة الحالية تقييم فعالية اثنتا عشرة جلسة علاجية تقوم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام في علاج اضطراب الوسواس القهري. تمثلت عينة الدراسة في (ن=20>18-55 سنة) والذين تم اختيارهم من بين العملاء الذين يراجعون مركز برايبوري ولبيين دبي، بالإمارات العربية المتحدة (ن=10)، ومركز ماجيك للتدريب والتطوير والاستشارات النفسية باتنة، الجزائر (ن=10) من أجل العلاج وتم تشخيصهم من قبل الدكتور النفسي (Psychiatrist) باضطراب الوسواس القهري وذلك طبقاً لمعايير الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس. كما تم تطبيق مقياس الوسواس القهري لبييل براون (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale) (Y-BOCS) لتقييم شدة ونوعية الأعراض الوسواسية وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده. ولقياس فعالية البرنامج العلاجي تم استخدام تصميم سلسلة زمنية (قياس متكرر) أين تم تطبيق على كل فرد من أفراد العينة ثلاث اختبارات نفسية والمتمثلة في: استبيان التقبل والفعل (Acceptance and Action Questionnaire, AAQ-II)، مقياس تصديق أفكار ومشاعر القلق (believability of anxious feelings and thoughts questionnaire) وBAFT، ومقياس الوعي الكامل لفريبورغ (Freiburg Mindfulness Inventory, FMI). وهذه

المقاييس استخدمت لقياس العمليات النفسية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي بشكل فردي والتي تمثل أساس العلاج بالتقبل والالتزام.

أثبتت نتائج الدراسة انخفاض أعراض الوسواس القهري والاندماج المعرفي بشكل ملحوظ، كما ارتفع مستوى الوعي والمرونة النفسية لدى أفراد العينة وهذه النتائج تم إثباتها إحصائياً، عملياً (حجم الأثر باستخدام نسب الكسب Mc Guigan)، وإكلينيكيًا باستخدام الدلالة الإكلينيكية (جاكوبسون وترو (Jacobson and Truax JT).

وقد اجتاز (ن=19) فرد من أفراد العينة درجة القطع والتي حسب جاكوبسون وترو هو دليل على التماثل للشفاء الكلي من الاضطراب، بينما حالة واحدة تحسنت ولكنها تحتاج إلى فترة علاج أطول من أجل التعافي الكلي.

الكلمات المفتاحية: البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام، الوسواس القهري، المرونة النفسية، الوعي الكامل، الاندماج المعرفي وفك الاندماج.

Abstract

The effectiveness of acceptance and commitment therapy in decreasing obsessive compulsive symptoms OCD.

Acceptance and commitment therapy (ACT) is an empirically supported psychotherapy that focuses on increasing psychological flexibility through reducing experiential avoidance and cognitive fusion by employing mindfulness and defusion techniques. ACT has demonstrated effectiveness across a variety of mental disorders. The proposed study is to evaluate the effectiveness of a 12-session ACT program in treating obsessive and compulsive disorder (OCD). Subjects of the study (N=20, >18-55 years) were selected from clients who attended the Priory Wellbeing Centre Dubai, UAE (N=10) and Majic Centre Batna, Algeria (N=10) for treatment who were examined and their main clinical condition was given a diagnosis of OCD; i.e., meeting the DSM-V criteria for OCD- by a psychiatrist. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) was administered to evaluate the severity and type of OCD symptoms pre and post treatment.

To measure the effectiveness of the ACT program, the study utilized a time-series design (repeated measures) in which each participant completed three tests of (Acceptance and Action Questionnaire, AAQ-II), (Believability of Anxious Feelings and, Thoughts questionnaire BAFT) and (Freiburg Mindfulness Inventory, FMI). This was used to measure the psychological processes that are the therapeutic focus of ACT immediately before (pre-treatment) and after (post-treatment) the completion of the 12 treatment sessions individually. OC symptoms and the cognitive fusion both decreased, mindfulness and psychological flexibility increased. The results were proven statistically, practically (using gain ratio, Mc Guigan) and clinically (using Jacobson and Truax JT) significant.

Of the total sample members (N=19) had their scores exceeding the cutoff point. As per JT those individuals have reached total recovery after undergoing the treatment program and only one case improved but required more time for a full recovery.

Key words: Acceptance and commitment therapy, obsessive and compulsive disorder, cognitive fusion, psychological flexibility, mindfulness.

المقدمة

المقدمة:

إن تعدد الحياة العصرية وزيادة متطلباتها جعلت الإنسان المعاصر في مواجهة مستمرة مع العديد من الضغوط، والتي يحاول جهازه النفسي التكيف معها ومواجهتها. لكن المتمعن في العالم من حوله يلاحظ الزيادة الملحوظة في عدد الشكاوى الجسدية أو النفسية كزيادة الأمراض العضوية أو الاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها، وهو ليس بالأمر الغريب نظرا لما يواجهه الإنسان من مختلف التحديات التي تجعله عرضة للخوف والقلق المستمر. وبما أن الصحة النفسية للإنسان هي أساس توازنه النفسي، الاجتماعي، والمهني... وكذلك هي المسؤول المباشر عن صحته الجسدية، أصبح لزاما على الباحثين والمعالجين البحث عن آليات أكثر فعالية للتكفل بها، خاصة تلك التي أصبحت تشكل مشكلا صحيا عاما، من بينها اضطراب الوسواس القهري الذي يعرف على أنه اضطراب يتميز بوجود وساوس على هيئة أفكار أو اندفاعات أو مخاوف متسلطة تدخل وعي الشخص دون أي سابق إنذار وتتسلط عليه مما ينتج عنه حالة من القلق المستمر، ويحاول الشخص المصاب التخلص منها من خلال القيام بالأفعال القهرية في هيئة طقوس حركية أو ذهنية، ويستمر هذا الأخير بالقيام بها رغم معرفته في الكثير من الحالات أنها عبارة عن سلوكيات غير مجدية ولا معنى لها، ولكنه يجد نفسه عالقا في حلقة مفرغة. ويجدر الإشارة هنا إلى أن المصاب باضطراب الوسواس القهري لا يطلب المساعدة حتى يتمكن منه الوسواس، لإيمانه واعتقاده بسخافة الأفكار التي تجول بخاطره وكذا غرابة الأفعال التي يقوم بها للتخلص من تلك الأفكار والاندفاعات، مما يجعل الشخص المصاب يتأخر في طلب المساعدة من أهل التخصص أو مشاركة ما يحدث معه مع من حوله من الأهل والأصدقاء.

وقد كان يعتقد ولعقود طويلة أن هذا الاضطراب هو اضطراب نادر مقارنة بالاضطرابات النفسية الأخرى، ولكن هذه الفرضية باتت غير صحيحة خاصة مع عملية الانفتاح على فكرة أن الاضطرابات النفسية مثلها مثل الاضطرابات العضوية تحتاج لتدخل علاجي. وهذا يتضح من خلال

الزيادة الملحوظة في عدد الحالات التي تتردد على العيادات النفسية لطلب المساعدة، الأمر الذي تؤكدته العديد من الدراسات. وكما سبق ذكره فالاعتقاد لم يقتصر على ندرة الاضطراب في حد ذاته، وإنما أيضا تعداه إلى الاعتقاد بصعوبة علاجه مما شكل هالة خاصة على الاضطراب بشكل عام. ولعل العلاج القائم على التعرض ومنع الاستجابة يعتبر أحد أول الأساليب العلاجية التي أحدثت نجاحا ملحوظا مع حالات الوسواس القهري، إلا أنه يتسبب بتعريض العميل لدرجة عالية من الضغط النفسي الناتج عن التعرض للفكرة الوسواسية، وعدم الاستجابة لها وهذا ما أدى بالعديد من الحالات المصابة إلى استصعاب هذا الأسلوب العلاجي والنزوح عنه، الأمر الذي أدى إلى زيادة اهتمام المعالجين بهذا الاضطراب بالبحث لمحاولة إيجاد أساليب وتقنيات علاجية فعالة ومريحة في الوقت نفسه.

ويعتبر العلاج بالتقبل والالتزام أحد هذه الأساليب العلاجية التي حاولت أن تنظر للاضطرابات النفسية عامة واضطراب الوسواس القهري خاصة، بشكل مختلف ومقاربة مختلفة تماما عن العلاجات السلوكية الكلاسيكية، فركزت أكثر على رفع المرونة النفسية وذلك من خلال رفع وعي الفرد بمفهوم اللحظة الحالية وكيفية الاندماج فيها، وكذا ركزت على عملية التقبل والانفتاح وفسح المجال للأفكار والمشاعر المزعجة بدل الصراع معها. ويتأتى ذلك من خلال تدريب العميل على مجموعة من مهارات فك الاندماج ليتمكن هذا الأخير من التعامل مع أفكاره ومشاعره السلبية على أنها مجرد أجزاء منه ولا تمثله في مجمله، مما يسهل عليه التعامل معها، مع توضيح قيمه وكيفية العيش ضمنها، لتصبح بمثابة البوصلة التي توجه سلوكه عوض أن كان سلوكه موجه بالأفكار والمشاعر السلبية.

وتعد هذه المقاربة العلاجية من أحسن المقاربات، نظرا لما تقدمه من مرونة في التعامل مع الأفكار والمشاعر السلبية والكيفية التي تنتقل بها العميل من الصراع النفسي إلى اندماجه وانهماكه فيما يهم بالنسبة له في الحياة. وهذا ما أدى بنا لاعتماد هذه المقاربة العلاجية في الدراسة الحالية.

الفصل الأول: إشكالية الدراسة

1. إشكالية الدراسة

2. أهداف الدراسة

3. أهمية الدراسة

4. الدراسات السابقة

5. موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة

6. فرضيات الدراسة

7. التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة

1- إشكالية الدراسة:

يتسم العصر الحديث بزيادة الضغوط النفسية والتي ترجع أساسا للتطورات التي حدثت في حياة الإنسان المعاصرة، حيث يستجيب هذا الأخير للضغوطات بميكانزمات مختلفة محاولا بذلك المواجهة والتكيف. حيث تعتبر الأمراض النفسية المحاولات النهائية للتكيف مع الضغوط ورغم تطور العلاج النفسي وزيادة الدراسات التي تحاول إيجاد حلول فورية وجذرية لمختلف الأمراض النفسية، إلا أن الإنسان المعاصر لا يزال يعاني من أمراض نفسية عديدة، تحول دون تكيفه مع البيئة المحيطة به وكذا تحقيق أهدافه المختلفة.

ولعل من بين أهم الاضطرابات النفسية وأكثرها إنهاكا لقوى الفرد جسديا ونفسيا هو الوسواس القهري الذي يعتبر من أهم الاضطرابات النفسية التي حازت على اهتمام الأطباء النفسانيين والأطباء العقليين وكثير من الباحثين في المجال وذلك نظرا لزيادة نسبة الأشخاص المصابين به، حيث ينتشر بنسبة 2 إلى 3 بالمئة عند الراشد (Fabricant & Abramowitz, 2013) وهو ما يفند الاعتقاد السابق على أنه اضطراب نادر الحدوث، ولعل سبب ذلك يرجع لخلل المصابين باضطراب الوسواس القهري من حالتهم، فيحاولون إخفاء مظاهر هذا الاضطراب ويلجؤون إلى التكتم على الأعراض لسنوات عديدة قبل أن يسعوا إلى طلب العلاج (السقا، 2014). ويختلف معدل إنتشار اضطراب الوسواس القهري باختلاف المراحل العمرية المختلفة وكذا باختلاف الجنس، حيث يبدأ هذا الاضطراب في سن المراهقة أو بداية البلوغ، وتظهر أعراضه مبكرا لدى الذكور عنه لدى الإناث، وأحيانا يظهر عند الأطفال (الزيمائي، 2014). واضطراب الوسواس القهري أحد أشكال اضطرابات القلق والتي يشترك معها في الأعراض، فدرجة قليلة من القلق تعمل على زيادة اليقظة والانتباه والتحسين في أداء الفرد، ولكن إذا تجاوز القلق حدا معيناً فإن أداء الفرد سوف ينخفض، وبالتالي يعيق إنجازَه ويصبح فقط

اهتمامه في الأفكار الوسواسية وممارسة الطقوس (السقا، 2014). والوسواس القهري هو إيمان المرء بفكرة معينة تلازمه دائما وتحتل جزءا من الوعي والشعور مع اقتناع الشخص بسخافة هذا التفكير، وتكون هذه الفكرة قهرية أي أنه لا يستطيع إزالتها أو الإنفكاك منها، حيث يحاول الشخص المصاب بالوسواس القهري في العادة التخفيف من الوسواس التي تسبب له القلق عن طريق القيام بسلوكيات قهرية يشعر أن عليه القيام بها. وتسبب أعراض الوسواس القهري القلق والتوتر وتحول دون قيام العميل بعمله وتؤثر في حياته الاجتماعية وعلاقاته بالآخرين، وقد أشار الدليل العاشر للتصنيف الدولي للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية (ICD/10) إلى المكونات الخمسة للوسواس القهري كالآتي:

- اضطرابات قهرية تغلب عليها أفكار اجترارية وسواسية.
- اضطرابات قهرية تغلب عليها أفعال قسرية (طقوس وسواسية).
- أفكار وأفعال وسواسية مختلطة.
- اضطرابات وسواسية قهرية أخرى.
- اضطراب وسواسي قهري غير معين (كاظم و آل سعيد، 2009).

وبما أن الوسواس القهري من أصعب الاضطرابات النفسية التي أولاها المعالجون اهتماما خاصا وتعددت التقنيات العلاجية فيه بتعدد المدارس، ولفترة طويلة أخذ العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة محل الصدارة في علاج الوسواس القهري، ولكن القلق الناتج عن التعرض دفع بالعديد من المرضى بالعزوف عنه مما يؤدي بهم إلى الصراع الدائم مع الوسواس والتركيز على محاولات التخلص منه، أو على الأقل التخفيف من شدة الأعراض بدلا من الاهتمام بالأمر المهمة في الحياة اليومية. وما سبق ذكره دفع التيارات العلاجية الحديثة إلى محاولة إيجاد طرق علاجية بديلة تساعد العميل على التعامل

مع أعراض الوسواس القهري، مع إمكانية الاستمرار في العملية العلاجية من جهة، والاستمرار في النشاطات المعتادة لدى الفرد بدل التوقع والإنعزال من جهة أخرى.

والعلاج بالتقبل والالتزام (ACT) هو الآخر أولى هذا الاضطراب اهتماما خاصا، حيث يعتبر من أحدث التيارات العلاجية والذي يمثل الموجة الثالثة للعلاج المعرفي السلوكي، فهو نموذج خاص في علم النفس المرضي الذي يمثل عدم المرونة النفسية والتي تؤكد على الدور غير التكيفي لكل من التجنب التجريبي والاندماج المعرفي، حيث يشير هذا الأخير إلى ميل الشخص للتصرف انطلاقا من معاشات وخبرات داخلية مثل الأفكار والمشاعر والذكريات والأحاسيس... الخ. والتي تؤدي غالبا إلى التجنب التجريبي لكون الشخص لا يملك المهارات اللازمة لوضع مسافة بينه وبين الخبرات الداخلية المزعجة وغير المرغوب فيها. أما التجنب التجريبي فيشير إلى الجهد المبذول لتجنب و/أو الهروب من الأحداث أو الخبرات الخاصة والتي تم إدراكها على أنها صعبة ومزعجة حتى وإن كان هذا السلوك يتعارض مع قيم الشخص وأهدافه (Ruiz,2012). ويختلف العلاج بالتقبل والالتزام عن بقية علاجات الموجة الثالثة في نظريته للوعي الكامل فهو يرى أن الوعي الكامل لا يقتصر على التأمل بل يبنى من خلال المكونات الأساسية التالية: "التقبل، فك الاندماج أو الإزالة، الاتصال باللحظة الحالية، والأنا الملاحظ"، كما تترك كل الحرية للمعالجين لإدراج تمارين مختلفة تخدم الأهداف سابقة الذكر. كما يمكن استخدام هذا النوع من التدخل العلاجي بشكل فردي أو كعلاج زوجي أو كعلاج للجماعات. وكذلك يمكن استخدامه كتدخل مختصر أو علاج طويل المدى فهو يتسم بالمرونة (Hariss,200).

وحسب العلاج بالتقبل والالتزام تنشأ المعاناة النفسية أساسا من المواجهة بين اللغة البشرية والمعرفة وكذا محاولة التحكم في السلوك البشري والخبرة المباشرة. وبناء عليه تظهر لدينا عدم المرونة

النفسية والتي تتمثل في التجنب التجريبي والاندماج المعرفي، والتمسك بالمفهوم التصوري للأنا والعيش أما في أحداث الماضي أو في مخاوف تتعلق بالمستقبل، مما يفقد المريض اتصاله باللحظة الحالية ويؤدي به إلى انخفاض السلوكيات التي تخدم قيمه. ويرى هايس وآخرون (Hayes S. C., Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006) أن العلاج بالتقبل والالتزام يستهدف زيادة المرونة النفسية والتي تمثل القدرة على الاتصال باللحظة الحالية، وهي تؤسس من خلال ست عمليات أساسية للعلاج بالقبول والالتزام وهي: "التقبل والاستعداد، فك الاندماج أو الإزالة، الذات كسياق، التركيز على اللحظة الحالية، القيم، والتصرف الاهتمامي الالتزامي" (عطية، 2011). وقد توالت العديد من الدراسات الأمبريقية التي حاولت إثبات فعالية العلاج بالتقبل والالتزام مع العديد من الاضطرابات النفسية على مدار الثلاثين السنة الأخيرة، ونال الوسواس القهري قدرا من الدراسة، فتشير دراسة مايكل توهيج وآخرون (Towhig, Hayes, & Masuda, 2006) التي أجريت على أربع حالات يعانون من الوسواس القهري حيث تم إخضاعهم للعلاج بالتقبل والالتزام بمعدل ثمان جلسات، وأسفرت النتائج على وجود تحسن ملحوظ في أعراض الوسواس القهري بعد ثلاثة أشهر من إنتهاء تطبيق العلاج. كما توصلت دراسة أخرى لنفس الباحث أجريت في سنة (2007) على عينة قوامها 34 مريضا من الراشدين إلى نفس النتائج (Towhig , 2008).

لقد أظهر العلاج بالتقبل والالتزام نتائج واعدة مع حالات الوسواس القهري، حيث أن واحدا من أهم أهداف العلاج بالتقبل والالتزام هي مساعدة الأشخاص لصنع حياة ذات معنى وسلوكات تحركها القيم وذلك في وجود مؤثرات سلبية، والهدف الأساسي في العلاج بالتقبل والالتزام هو رفع المرونة النفسية والاندماج في سلوكات تحركها قيم الشخص بدل من محاولة التحكم في المعاشات الداخلية (Wetterneck, Lee, Smith , & Hart, 2013).

حاول العلاج بالتقبل والالتزام إيجاد تقنيات سهلة التطبيق وفعالة في نفس الوقت لمساعدة العميل على تقبل المرض والتكيف معه، من خلال زيادة المرونة النفسية والتركيز على ما هو مهم بالنسبة له. كون مبدأ العلاج بالتقبل والالتزام هو الكف عن محاربة كل المشاعر والأفكار السلبية ومحاولات التحكم فيها، وذلك لأنها جزء لا يتجزأ من الإنسان والتركيز بدل ذلك على ما هو مهم بالنسبة للعميل.

ومن خلال الإطلاع على الدراسات السابقة والتراث العلمي فيما يخص اضطراب الوسواس القهري وكيفية علاجه بمنحى العلاج بالتقبل والالتزام، والنتائج المبهرة التي توصلت إليها دراسات عديدة وفي بيئات مختلفة حول العالم، والتي كانت من المرجعيات الأساسية للدراسة الحالية حاولت الطالبة الباحثة أن تتطرق لهذا الموضوع من جانب مختلف وفي بيئة مختلفة كون البيئة العربية لم تحظى بعد بهذا النوع من الدراسات التي تتناول اضطراب الوسواس القهري باستخدام العلاج بالتقبل والالتزام (في حدود علم الطالبة الباحثة)، ولهذا السبب تحاول الدراسة الحالية تطبيق هذا النوع من العلاج على حالات الوسواس القهري في البيئة العربية من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

- هل يساهم العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من أعراض الوسواس القهري؟
- هل يرفع العلاج بالتقبل والالتزام من الوعي الكامل لدى العميل بمختلف أعراضه الوسواسية؟
- هل يساهم العلاج بالتقبل والالتزام في فك الاندماج المعرفي مع الأفكار الوسواسية؟
- هل يساهم العلاج بالتقبل والالتزام من رفع المرونة النفسية لدى العميل الذي يعاني من الوسواس القهري؟

2- أهداف الدراسة: تتمثل أهداف الدراسة فيما يلي:

- الكشف عن أثر العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من أعراض الوسواس القهري.
- الكشف عن أثر العلاج بالتقبل والالتزام في زيادة الوعي الكامل لدى العميل بمختلف أعراضه الوسواسية.
- الكشف عن أثر العلاج بالتقبل والالتزام في فك الاندماج المعرفي مع الأفكار الوسواسية.
- الكشف عن أثر العلاج بالتقبل والالتزام في رفع المرونة النفسية لدى العميل الذي يعاني من اضطراب الوسواس القهري.

3- أهمية الدراسة:

تستمد هذه الدراسة أهميتها من طبيعة الموضوع الذي سنتناوله بالبحث، ويمكن تحديد أهمية الدراسة فيما يلي:

محاولة إلقاء الضوء على اضطراب الوسواس القهري الذي يعتبر من أعقد الاضطرابات النفسية التي يعاني منها العديد من الناس، ويمكن لهذه المعاناة أن تستمر لسنوات عديدة ولربما مدى الحياة إذا لم يخضع الشخص للعلاج المساعد في فهم هذا الاضطراب، ومختلف أعراضه، ومحاولات الشخص المصاب بهذا الاضطراب للتخلص منه سواء كان ذلك باللجوء للأفعال القهرية والانصياع للأفكار، أو باللجوء للأساليب العلاجية المختلفة. والجدير بالذكر أن هناك العديد من الدراسات التي بينت أن نسبة الأفراد المصابين باضطراب الوسواس القهري في تزايد وذلك عكس ما كان يعتقد سابقا. أي أنه اضطراب نادر الحدوث هذا من جهة، ومن جهة أخرى يعتبر العلاج بالتعرض والاستجابة من أنجح العلاجات النفسية التي استخدمت مع اضطراب الوسواس القهري، إلا أنه يضع العميل تحت

ضغط شديد ناتج عن عملية التعرض، مما جعل العديد من المصابين باضطراب الوسواس القهري يعزفون عنه، ومن هذا المنطلق تظهر أهمية الدراسة الحالية فيما يلي:

- تسليط الضوء على اضطراب الوسواس القهري الذي يعد من بين الاضطرابات النفسية التي لم يتم تناولها بشكل واسع من طرف الباحثين في البيئة العربية.

- تقديم أسلوب علاجي مختلف يتسم بالمرونة في التطبيق ويحد من الصراع النفسي والضغط والقلق الناتج عن التعرض للأفكار الوسواسية، مما يسهل على العميل التعامل مع أفكاره الوسواسية دون ضرورة القيام بالسلوكيات القهرية.

- إدراج مفهوم المرونة النفسية والوعي الكامل والتقبل كبداية للصراع ومحاولة التخلص من الوسواس القهري.

- لفت انتباه المعالجين في البيئة المحلية والعربية إلى إمكانية استخدام أساليب علاجية جديدة تتسم بالفعالية وسرعة التطبيق كبديل للأساليب الكلاسيكية، التي يمكن أن تستغرق سنوات من العلاج دون الوصول للنتائج المرغوبة.

- إثراء المكتبة العربية بهذا النوع من الدراسات كونه تيارا علاجيا جديدا.

- تعتبر الدراسة الحالية - في حدود اطلاع الطالبة الباحثة- أول دراسة محلية وعربية تناولت اضطراب الوسواس القهري من خلال تطبيق العلاج بالتقبل والالتزام.

- قد تفيد هذه الدراسة في بناء برامج علاجية أخرى تتناول اضطرابات مختلفة.

- كما يمكن لهذه الدراسة أن تؤدي إلى توسيع آفاق العلاج بالتقبل والالتزام، وزيادة البحوث التي تتناول مبادئ هذا العلاج ومقارنة نتائجها بأساليب علاجية أخرى، كالعلاج المعرفي السلوكي في البيئة العربية.

4- الدراسات السابقة: تعتبر الدراسات السابقة ذات العلاقة بالموضوع من العناصر المعينة لإنجاز البحث في كل مرحله، ولقد اعتمدت الطالبة الباحثة مجموعة من الدراسات والتي تمس متغيرات الدراسة الحالية بشكل مباشر، وتم إنجازها في بيئات مختلفة عن البيئة العربية. وحسب علم الطالبة الباحثة هناك فقط دراستين تناولتا المتغير الأول للدراسة الحالية ألا وهو العلاج بالتقبل والالتزام؛ وتم ربطه باضطرابات أخرى غير الوسواس القهري. ولأجل هذا تم اختيار هذه الدراسات وترتيبها من الأقدم للأحدث لكي تكون بمثابة الدعامة للدراسة الحالية.

4-1- دراسة مايكل توهيج وستيفن هايس وماسودا: (Twohig, Hayes, Masuda, 2006) بجامعة نفاذا، الولايات المتحدة الأمريكية والتي هدفت إلى تقييم فعالية ثمان جلسات علاجية بتطبيق العلاج بالتقبل والالتزام على حالات الوسواس القهري، وذلك على عينة شملت 5 أشخاص، انسحب واحد منهم قبل القيام بالاختبارات الأولية. وتم التوصل إليهم من خلال الإعلان في الجامعة المحلية، والإعلان المباشر في أقسام علم النفس بجامعة نفاذا، ونشر إعلان في الجريدة المحلية، وانطبق على الحالات الأربعة تشخيص الوسواس القهري حسب تصنيف الدليل التشخيصي الرابع، وتم استخدام الأدوات التالية:

- اختبار تقييم الوسواس القهري مراقبة ذاتية OCD assessment. Self-Monitoring

depression inventory (BDI-II) (Twohig & Woods, 2004).

- بطارية الوسواس القهري (obsessive compulsive inventory (OCI))

- بطارية الاكتئاب والقلق ل "بيك" (Beck anxiety inventory (BAI)، Beck)

- استبيان التقبل والفعل (Acceptance and Action questionnaire(AAQ))

- اختبار التفريغ المعرفي (Defusion measure)

- بطارية معالجة القابلية ومعالجة التقويم النسخة المختصرة (Treatment Acceptability.

(Treatment Evaluation Inventory–Short Form

وأسفرت نتائج الدراسة عن مايلي:

- أحدث التدخل العلاجي انخفاضا دالا إكلينيكييا في السلوكات القهرية لدى كل الحالات قبل

نهاية العلاج، وتم الحفاظ على نفس النتائج بعد ثلاثة أشهر خلال جلسة المتابعة.

- كما بين كل من الرصد الذاتي واختبار الوسواس القهري انخفاضا واضحا في أعراض

الوسواس القهري، وتغييرات إيجابية في كل من القلق والاكتئاب، وكذا تناقص كل من التجنب التجريبي

ومصادقية الأفكار الوسواسية، والحاجة للاستجابة للوسواس القهري عند كل المشاركين. ووجد جميع

المشاركين إن العلاج مقبول للغاية.

لقد تمكن الباحثون من ابراز فعالية العلاج بالتقبل والالتزام مع حالات الوسواس القهري لدى كل

الحالات، وأثر ذلك على حالات الاكتئاب والقلق المصاحبة لحالات الوسواس القهري، وكذلك تناقص

واضح في سلوك التجنب التجريبي من خلال القيام بالأفعال القهرية. كما تمكن البرنامج العلاجي من

مساعدة العملاء على الانتباه لعدم مصادقية الأفكار الوسواسية، وعدم ضرورة الاستجابة من خلال

القيام بالسلوك القهري.

وتحاول الدراسة الحالية تقديم نفس البرنامج العلاجي لكن مع إضافات حيث تمتد الجلسات العلاجية إلى اثنتي عشرة جلسة بدلا من ثمان جلسات. بالإضافة إلى استهداف رفع الوعي الكامل وتقبل الأفكار الوسواسية وزيادة المرونة النفسية.

4-2- دراسة كل من مايكل توهيج وستيفن هايس وآخرون جامعة أوتاه، الولايات المتحدة

الأمريكية: هي تجربة سريرية عشوائية لعلاج القبول والالتزام (ACT) مقابل التدريب الاسترخائي التدريجي لعلاج اضطراب الوسواس القهري (OCD)، حيث هدفت الدراسة إلى بحث فعالية ثمان جلسات من علاج القبول والالتزام (ACT) لعلاج اضطراب الوسواس القهري (OCD) لدى البالغين، مقابل التدريب الاسترخائي التدريجي (PRT). اعتمد الباحثون في دراستهم على المنهج التجريبي، وتكونت عينة الدراسة من (79) بالغ بنسبة مئوية (66% إنثى) ممن بلغت أعمارهم 37 عاما. بلغت النسبة المئوية للجنس القوقازي منهم 89% ممن تم تشخيص اضطراب الوسواس القهري لديهم في تجربة سريرية عشوائية، وأجرى الباحثون كلا من التقييمات التالية في مرحلتي ما قبل وبعد الجلسات العلاجية ولمدة ثلاثة أشهر من المتابعة من طرف شخص مقيم لم يكن على علم بظروف العلاج:

- مقياس ييل براون الوسواس القهري (YBOCS) Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

- مقياس بيك للاكتئاب - الطبعة الثانية (Beck Depression Inventory-II).

- مقياس جودة الحياة (Quality of Life Scale).

- استبيان القبول والعمل (Acceptance and Action Questionnaire).

- استبيان التحكم في الفكر (Thought Control Questionnaire).

- نموذج قصير لتقييم العلاج معد من طرف الباحثين (Treatment Evaluation Inventory-Short Form).

.Short Form)

وفي المرحلة اللاحقة له بينت نتائج الدراسة إن علاج القبول والالتزام (ACT) قد أظهر تغيرات كبيرة في مرحلة ما بعد العلاج والمتابعة عن التدريب الاسترخائي التدريجي (PRT) في حدة اضطراب الوسواس القهري (OCD).

وفق الباحثون في إبراز الاختلافات بين العلاج بالقبول والالتزام والعلاج بالتدريب الاسترخائي لصالح العلاج بالقبول والالتزام، وتوصلت النتائج إلى إنخفاض واضح في أعراض الوسواس القهري لصالح المجموعة التي تم تطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام عليها، ونفس النتائج بالنسبة لاختبار القبول والعمل واستبيان التحكم في الفكر (Twohig, et al., 2010).

وتتوافق أهداف دراسة الطالبة الباحثة مع أهداف دراسة توهيج وآخرون وتعرض لنفس العناصر تقريبا، مع وجود اختلافات في تصميم البرنامج العلاجي والذي سيحوي جزءا يتعلق بالتعرض حسب الاستعداد، مع استخدام تقنية التفريغ المعرفي والتأكيد على ما هو مهم (وهذه الجزئية لم تتطرق لها أي من الدراستين السابق ذكرهما).

4-3-دراسة (محمد عطية، 2011) :

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فعالية استخدام برنامج العلاج بالقبول والالتزام في تخفيف من حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، وأجريت على عينة قوامها عشرون من أمهات أطفال التوحد، تتراوح أعمارهم بين (32) و (41) عاما، وتم إجراء الدراسة بينها بمصر، تكونت العينة من مجموعتين متساويتين في العدد إحداهما (التجريبية) تم تطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام عليها، والأخرى (مجموعة ضابطة)، استخدمت فيها قائمة بيك الثانية للاكتئاب (Beck depression inventory DDI-II كأداة لهذه الدراسة).

أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية برنامج العلاج بالقبول والالتزام في تخفيف من حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد لدى المجموعة التجريبية، واتضح ذلك في القياس البعدي والتتبعي.

تعتبر هذه أول دراسة عربية تطرقت لمبادئ العلاج بالتقبل والالتزام (في حدود علم الطالبة الباحثة) وكانت بمثابة المرجعية للدراسة الحالية، حاول الباحث محمد عطية في هذه الدراسة أن يبين فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، وحسب النتائج المحصل عليها وفق الباحث في تبيان فعالية البرنامج العلاجي القائم على العلاج بالتقبل والالتزام. إلا أنه يؤخذ على هذه الدراسة أن الباحث لم يبين جيدا الإجراء المتبع مع المجموعة الضابطة. أما الدراسة الحالية فهي تحاول التطرق لنفس الأسلوب العلاجي ولكن مع فئة مختلفة وهي حالات الوسواس القهري.

4-4-دراسة حامد، نهال لظفي وآخرون (2013):

هدفت الدراسة إلى إعداد برنامج لتنمية التجهيز الانفعالي القائم على العلاج بالتقبل والالتزام والتحقق من أثره في تنمية التجهيز الإنفعالي لدى طلاب الجامعة، وكذا التأكد من استمرار فعالية العلاج بعد فترة زمنية. وتم تطبيق هذا البرنامج العلاجي على عينة قوامها (165) طالبا وطالبة (33 ذكور و132 إناث) تم اختيارهم بشكل عشوائي من طلاب الفرقة الثانية بكلية التربية بالإسماعيلية (مصر). أما الأدوات المستخدمة كانت كالآتي:

- مقياس التجهيز الانفعالي (BAKER, 2007).

- البرنامج العلاجي (من تصميم الباحثين).

تضمن البرنامج (14) جلسة، بواقع جلستين أسبوعياً، بما في ذلك الجلسة الختامية التي يتم فيها تطبيق المقياس كقياس بعدي لتحديد فعالية البرنامج، وتحديد موعد لتطبيق القياس التتبعي.

وأظهرت النتائج ما يلي:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة الضابطة تدل على فعالية البرنامج العلاجي، كما تحسنت درجات طالبات المجموعة التجريبية في مهارة التجهيز الانفعالي، ويتضح ذلك من خلال انخفاض درجاتهن على مقياس صعوبات التجهيز الانفعالي، وحافظ البرنامج على فعاليته وذلك من خلال نتائج الاختبار التتبعي (حامد ، وآخرون، 2013).

تعتبر هذه الدراسة هي ثاني دراسة أجريت في البيئة العربية التي تناولت مبادئ العلاج بالتقبل والالتزام، وفق فيها الباحثون في تبيان فعالية البرنامج العلاجي في رفع التجهيز الانفعالي. اقتصر الباحثون في هذه الدراسة على قياس التجهيز الانفعالي لدى أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية)، ولربما كان من المستحسن أن يتم قياس كل من المرونة النفسية والوعي الكامل قبلًا وبعدياً في البرنامج العلاجي للحصول على نتائج أكثر شمولية، بدلاً من الاقتصار على قياس التجهيز الانفعالي وحسب. وتتفق الدراسة الطالبة الباحثة مع دراسة حامد وآخرون في اعتمادها على برنامج علاجي قائم على مبادئ العلاج بالتقبل والالتزام، مع محاولة تتبع التغييرات التي تطرأ على كل من المرونة النفسية والوعي الكامل والتقبل، كما أنها تتطرق إلى متغير مختلف وهو اضطراب الوسواس القهري.

4-5- دراسة شاد وبترنيك وآخرون (Wetterneck et all, 2013):

أجريت الدراسة بجامعة هيوستن بالولايات المتحدة الأمريكية وهي بعنوان: "الشجاعة، التعاطف مع الذات، والقيم لدى حالات الوسواس القهري". هدفت الدراسة إلى البحث في العلاقة بين القيم (أي

التعاطف الذاتي، والشجاعة، واستبيان حول القيم المعاشة (VLQ) وحدة الوسواس القهري، وتكونت عينة الدراسة في (115) حالة ممن تم تشخيصهم باضطراب الوسواس القهري باستخدام اختبارات رصد ذاتي عبر الإنترنت، وكذا تم تقييم مختلف مستويات القيم لديهم وأهمية العيش المستمر ضمن هذه القيم، واستخدم الباحثون الأدوات التالية:

-بطارية الوسواس القهري المراجعة Obsessive-Compulsive Inventory-Revised.

- مقياس ييل براون للوسواس القهري (The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale).

- مقياس الشجاعة (Courage measure).

- التعاطف الذاتي (Self-Compassion Scale).

بينت النتائج مايلي:

- هناك علاقة مهمة بين حدة الوسواس القهري والتعاطف الذاتي والشجاعة ومقياس القيم (VLQ). كما بينت النتائج إن كل من استبيان القيم المعاشة (VLQ)، والشجاعة يمكن أن يتنبأ بحدّة الوسواس القهري.

حاول الباحثون بحث العلاقة بين كل من الشجاعة، التعاطف الذاتي، والعيش ضمن القيم واضطراب الوسواس القهري. ووفقوا في إثبات وجود علاقة ارتباطية موجبة بين كل من حدة الوسواس القهري والمكونات السابق ذكرها. أما الدراسة الحالية فهي تتناول اضطراب الوسواس القهري من منظور مختلف، فهي تحاول مساعدة العميل على زيادة الوعي بالأفكار الوسواسية وترك مسافة بينه وبينها، مع تقبل وجودها مما يرفع المرونة النفسية لديه ويؤدي إلى سهولة التعامل مع هذا الاضطراب.

4-6- دراسة جون دهلين وآخرون (John P. Dehlin, et all, 2013):

بعنوان: "علاج القبول والالتزام (ACT) كعلاج لفرط الوسوسة في اضطراب الوسواس القهري (OCD)". تم الوصول إلى المشاركين في هذه الدراسة عبر الإعلانات في الصحف المحلية، المواقع الإلكترونية، الإذاعة والنشرات الموضوعة في جميع أنحاء المجتمع المحلي، ومن خلال الإعلانات التي تم تقديمها لفصول علم النفس الجامعية في إحدى الجامعات في غرب الولايات المتحدة. وقد تم علاج خمسة أشخاص بالغين عبر ثماني جلسات بعلاج ACT دون التعرض أثناء الدورة.

قام الباحثون برصد الدوافع بشكل يومي طوال الدراسة، واعتمدوا في دراستهم على المنهج التجريبي، واستخدمت المقاييس التالية في القياس القبلي والبعدي وخلال فترة المتابعة لمدة ثلاثة أشهر:

- مقياس الوسواس القهري - منقح (The Obsessive Compulsive Inventory-Revised)
- مقياس بيل براون للوسواس القهري (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS))
- مقياس بيك للاكتئاب - الطبعة الثانية (Beck Depression Inventory-II)
- مقياس نوعية الحياة (Quality of Life Scale)
- استبيان سانتا كلارا لقوة الإيمان الديني (Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire)
- استبيان القبول والعمل - الطبعة الثانية (Acceptance and Action Questionnaire-II).
- مقياس "Penn" للوسوسة (Penn Inventory of Scrupulosity).

وأظهرت نتائج الدراسة استنادا إلى تقييم العلاج في مرحلة ما بعد العلاج، إن علاج القبول والالتزام (ACT) كعلاج لفرط الوسوسة يعتبر علاجاً مفيداً في اضطراب الوسواس القهري (OCD).

تطرق الباحثون لاضطراب الوسواس القهري وركزوا بالتحديد على فرط الوسوسة، ووقفوا في إبراز فعالية العلاج بالتقبل والالتزام. تدعم النتائج المحصل عليها في هذه الدراسة ما توصل إليه الباحثون في الدراستين الأولى والثانية، وذلك باستخدام ثمانية جلسات علاجية ولكن هناك العديد من الحالات التي يكون الصراع لديها شديداً، وحسب رأي الطالبة الباحثة تحتاج إلى عدد أكثر من الجلسات للوصول إلى نتائج أفضل. ولذا حاولت الطالبة الباحثة في الدراسة الحالية تقديم برنامج يتكون من اثنتي عشرة جلسة، بهدف منح العميل الفرصة الكافية لرفع الوعي الكامل لديه، وكذا المرونة النفسية، بالإضافة إلى التعرض إلى الأفكار الوسواسية، وفسح المجال لها كي تتواجد مما يؤدي إلى تدعيم النتائج العلاجية.

4-7- دراسة ياغوب فاكيليوينافش قرائي (Vakili, Gharraee) :

هدفت إلى تقييم فعالية العلاج بالتقبل والالتزام "ACT therapy" في تدريب حالات الوسواس القهري "OCD"، حيث تم تطبيق البرنامج على حالة رجل يبلغ من العمر 39 سنة من إيران. وتم تشخيصه باستخدام الدليل التشخيصي الخامس، كما تم تطبيق مقياس "يال" براون للوسواس القهري (Yale-Brown(Y-BOCS)، مقياس بيك للاكتئاب (BDI-II)، ومقياس بيك للقلق (BAI)، بالإضافة إلى إعادة تطبيق هذه المقاييس على الحالة بعد شهر واحد، ثلاثة أشهر، ستة أشهر، وأسفرت النتائج عن مايلي:

- انخفاض أعراض الوسواس القهري والاكتئاب والقلق، وحافظ العميل على نفس النتائج في جلسات المتابعة، مما يعني أن العلاج أثبت فعاليته مع حالات الوسواس القهري (Vakili & Gharraee,

.2014)

تمكن الباحثان من تقديم برنامج علاجي قائم على العلاج بالتقبل والالتزام، والتوصل إلى نتائج إيجابية ومشجعة مع هذه الحالة. واستمرت هذه النتائج إلى ستة أشهر بعد انتهاء البرنامج العلاجي. إلا أنه كان من المستحسن تدعيم الدراسة بعدد أكثر من الحالات للتوصل لنتائج أدق. وتحاول الدراسة الحالية تقديم برنامج علاجي ومحاولة تطبيقه على عدد من الحالات وقياس كل من المرونة النفسية وتقبل الأعراض ورفع الوعي الكامل بالإضافة إلى قياس كل من أعراض الوسواس القهري.

4-8-دراسة كل من ياجوب فاكيلى وآخرون (Vakili)

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة فعالية العلاج بالقبول والالتزام (ACT)، ومثبطات إمتصاص السيروتونين الإنتقائية (SSRIs)، والجمع بين كل من (ACT) و (SSRIs) وذلك في علاج البالغين الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري (OCD). تكونت عينة الدراسة من 32 مريضا خارجيا من إيران، ممن شملهم الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة، ومعايير تشخيص الوسواس القهري (OCD)، وقد تم تضمينهم عشوائيا إلى واحدة من حالات العلاج الثلاثة:

- علاج القبول والالتزام.

- مثبطات امتصاص السيروتونين الإنتقائية.

- الجمع بين العلاجين.

وقد استخدم الباحثون مقياسي:

- مقياس بيل براون للوسواس القهري (The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale).

- استبيان القبول والعمل (Acceptance and Action Questionnaire).

وذلك في مرحلتي قبل وبعد العلاج. وقد أكمل 27 مريضا الدراسة.

وعند تحليل البيانات قام الباحث باستخدام:

-تحليل التباين أحادي الاتجاه إنوفا - (ANOVA)

-تحليل التباين أحادي الاتجاه إنكوبا - (ANCOVA)

وكشفت نتيجة تحليل (ANCOVA) أن المرضى الذين خضعوا للعلاج بالقبول والالتزام (ACT)، والعلاج المزدوج قد شهدوا تحسناً أكبر بكثير في مرحلة ما بعد العلاج، مقارنة بأولئك الذين عولجوا بمشروبات أمتصاص السيروتونين الانتقائية فقط (Vakili, Gharaee, & Habibi, 2015).

ووفق الباحثون في دراسة فعالية العلاج بالقبول والالتزام منفرداً ومرفقاً بالعلاج الدوائي مقارنة بالعلاج الدوائي منفرداً، وأسفرت نتائج دراستهم عن وجود نتائج إيجابية لصالح العلاج بالقبول والالتزام منفرداً ومرفقاً بالعلاج الدوائي، مقارنة بالعلاج الدوائي منفرداً. وهذا يدعم نتائج الدراسات السابقة ويعطي للأسلوب العلاجي دعامة علمية. وتحاول طالبة الباحثة في هذه الدراسة تطبيق برنامج قائم على مبادئ العلاج بالقبول والالتزام على حالات الوسواس القهري، ولكن بإدخال تغييرات في تصميم البرنامج العلاجي وتطبيقه على البيئة العربية والتي تفتقر تماماً لهذا النوع من العلاج.

4-9- دراسة مايكل توهيج وجينيفار فيلرداج وآخرون 2015 (Twohig, Vilardaga)

أجريت الدراسة بجامعة أوتاه، بالولايات المتحدة الأمريكية. هدفت الدراسة إلى بحث التغييرات في المرونة النفسية أثناء علاج القبول والالتزام (ACT) لاضطراب الوسواس القهري (OCD). وركزت الدراسة على التغييرات في المرونة النفسية جلسة بجلسة، لدى عينة قوامها (41) من الراشدين، ممن بلغت أعمارهم (18) عاماً أو أكثر من ذوي اضطراب الوسواس القهري (OCD)، والذين خضعوا للعلاج بالقبول والالتزام (ACT)، مقارنة مع (38) شخصاً ممن تلقوا التدريب بالاسترخاء التدريجي.

وطبق الباحثون المقاييس التالية:

- مقياس "ييل" براون للوسواس القهري (Y-BOCS) Yale Brown Obsessive Compulsive Scale

- استبيان القبول والعمل (AAQ) Acceptance and Action Questionnaire

- مقياس فعل الاندماج (TAF) Thought Action Fusion Scale

- استبيان التحكم في التفكير (TCQ) Thought Control Questionnaire

أجرى الباحثون مقابلات سريرية منظمة لعينة الدراسة. التقى المشاركون في تصميم عشوائي مكون من 8 جلسات أسبوعية، مدة كل واحدة منها ساعة واحدة. مع تقييم ما بعد العلاج لمدة أسبوع واحد والمتابعة لمدة ثلاثة أشهر.

أظهرت نتائج الدراسة إن آثار العلاج كانت تدريجية، صحبتها نتائج أفضل بكثير للعلاج بالقبول والالتزام (ACT) خلال الدورتين الأخيرتين للجلسات العلاجية. كما تبين مستويات متعددة من التحليلات أن التغييرات في المرونة النفسية تنبئ بتغيرات في اضطراب الوسواس القهري أفضل من تلك التي في شدة الوسواس القهري والتي تنبئ بالتغيرات في المرونة النفسية. وبالمثل فقد أظهرت مستويات متعددة من التحليلات أن مستويات ما بعد العلاج من المرونة النفسية تشكل المعالجة لمتابعة انخفاض حدة الوسواس القهري (Twohig, Vilardaga, Levin, & Hayes, 2015).

تمكن الباحثون من متابعة تحسن المرونة النفسية وانخفاض الوسواس القهري لدى الحالات خلال ثمان جلسات علاجية، وتتفق الدراسة الحالية مع هذه الدراسة كونها هي الأخرى تحاول متابعة ارتفاع المرونة النفسية خلال جلسات العلاج بالإضافة إلى محاولة تتبع زيادة الوعي الكامل وتقبل المرض وذلك من خلال اثنا عشر جلسة علاجية.

5- موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

أجمعت الدراسات السابقة على فعالية العلاج بالتقبل والالتزام مع حالات الوسواس القهري سواء تم تطبيق العلاج منفرداً أو بدمجه مع العلاج الدوائي، وذلك مقارنة بالأساليب الأخرى السابق ذكرها كالعلاج بالاسترخاء، والعلاج الدوائي. وكذا فعاليته مع حالات الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد إضافة إلى رفع التجهيز الانفعالي لدى الطلبة في الدراستين السابق ذكرهما.

كما بينت دراسة مايكل توهيجو (Michael P. Twohig) وجينيفار فيلرداج (Jennifer C. Vilardaga) أن المرونة النفسية ترتفع من خلال جلسات العلاج النفسي، وفي نفس الاتجاه بين كل من شاد وبيترنيك وآخرون (Chad T. Wetterneck) في دراستهم وجود علاقة ارتباطية بين كل من الوسواس القهري والمرونة النفسية والعيش ضمن القيم.

وكل ما سبق تقديمه دفع بالطالبة الباحثة إلى بحث فعالية برنامج علاجي قائم على العلاج بالتقبل والالتزام والذي يتضمن اثنتي عشرة جلسة علاجية، مع محاولة تتبع التغيرات التي تحصل في كل من المرونة النفسية، وتقبل الأعراض المرضية، وزيادة الوعي الكامل. إضافة إلى تطبيق هذا البرنامج في البيئة العربية وذلك بصفة عمدية كون هذه الأخيرة تفتقر لهذا النوع من العلاج خاصة فيما يتعلق بالوسواس القهري.

6- فرضيات الدراسة:

في ضوء مشكلة البحث وأهدافه وبعد الاطلاع على التراث النظري والدراسات السابقة يمكن صياغة مجموعة من الفرضيات والمتمثلة فيما يلي:

- لا يخفض البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام من أعراض الوسواس القهري.
- لا يرفع البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام من الوعي الكامل لدى العميل.
- لا يؤدي البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام إلى فك الاندماج المعرفي.
- لا يرفع البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام من المرونة النفسية.

7- التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة:

يعتبر تحديد المفاهيم والمتغيرات التي تتضمنها الدراسة من أهم خطوات البحث العلمي وسيتم التطرق لمصطلحات الدراسة من الناحية الإجرائية كالآتي:

7-1- اضطراب الوسواس القهري:

تعرف (الوسواس) في مصطلح الطب النفسي ك: "أفكار أو دوافع أو صور ملحة ومتكررة دورياً، يعاني منها الإنسان في وقت من الأوقات خلال الانزعاج أو الاضطراب بطريقة تطفلية وغير مناسبة، وينتج عنها ضيق ملحوظ". وتعرف (السلوكيات القهرية): "بأنها تصرفات تكرارية مثل غسل اليدين، الترتيب، التدقيق أو تصرفات ذهنية مثل: الصلاة أو الدعاء، العد، تكرار كلمات بين العميل ونفسه، والتي يشعر المرء بأنه مدفوع للقيام بها تجاوباً مع فكرة وسواسية (لي باير، 2010).

ويعتمد الباحثون على المحكات التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي الخامس لاضطرابات العقلية DSM5 لتشخيص اضطراب الوسواس القهري.

إجرائياً: هو الدرجة التي يتحصل عليها الفرد في اختبار الوسواس القهري المستخدم في الدراسة الحالية (مقياس ييل براون للوسواس القهري). (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS))

7-2- العلاج بالتقبل والالتزام:

هو منهج علاجي تشخيصي والذي يصور المعاناة النفسية بالمقام الأول على إنها ناتجة عن محاولة تجنب الخبرات الداخلية غير المرغوب فيها (التجنب التجريبي)، وكذا نتيجة انخفاض السلوكيات ذات المعنى تجاه القيم (سلوك غير متناسق في خدمة القيم) (Francis and all,2016, 134).

إجرائياً: الدراسة الحالية يمثل البرنامج العلاجي القائم على مبادئ العلاج بالتقبل والالتزام، المكونة من اثنتا عشرة جلسة علاجية، بمعدل جلسة واحدة مدتها خمسين دقيقة كل أسبوع.

7-3- المرونة النفسية:

والتي تمثل القدرة على الاتصال باللحظة الحالية تماماً، كوجود إنساني مدرك وشعوري ولتغيير أو الإصرار على السلوك عندما يخدم النهايات والغايات القيمة (التي تمثل قيمة) بصورة كبيرة، والمرونة النفسية تؤسس من خلال ستة عمليات أساسية للعلاج بالتقبل والالتزام وهي التقبل والاستعداد، الإزالة (فك الاندماج)، الاتصال باللحظة الحالية، الذات كسياق، القيم، والتصرف الاهتمامي الالتزامي (عطية،2011).

إجرائياً: فيقصد بها الدرجة التي يتحصل عليها العميل في استبيان التقبل والعمل النسخة الثانية (AAQ-II) المستخدم في الدراسة الحالية.

7-4- الاندماج المعرفي:

الاندماج المعرفي هو ميل الشخص إلى النظر في مضمون أفكاره كما لو كان إنعكاسا للواقع، وهو يترجم بالالتزام بالمعنى الحرفي للأفكار. فالعالم من حولنا يعرض أفكارا مختلفة تمثل نموجا للتنظيم السلوكي، والذي يمكن أن يؤدي إلى الخلط بين الفكر والواقع، ومن ثم سلوكيات الشخص تكون نتاجا للعلاقات المشتقة بين المحفزات والقواعد اللفظية وتكون بذلك أقل اعتمادا على الخبرة المباشرة والنافعة (Neveu, 2017)

إجرائيا: فهو يعني الدرجة التي يتحصل عليها العميل في مقياس مصداقية أفكار ومشاعر القلق (BAFT) والمستخدم في الدراسة الحالية.

7-5- الوعي الكامل:

هو حالة التعرف وقبول ما يحصل في اللحظة الحالية تماما كما يحصل هنا والآن، ويمكن القول أنه عبارة عن مهارة تنتج من خلال تطوير القدرة على ملاحظة ما يقوم به العقل أثناء تلقيه المعلومات الصادرة عن الدماغ (Hershfield, Corboy, 2013).

إجرائيا: يمثل الدرجة التي يتحصل عليها العميل في مقياس الوعي الكامل لفريبورغ (FMI) والمستخدم في الدراسة الحالية.

الفصل الثاني: العلاج بالتقبل والالتزام

- 1- مفهوم العلاج بالتقبل والالتزام
- 2- الجذور الفلسفية للعلاج بالتقبل والالتزام
- 3- نموذج الاضطراب النفسي من منظور العلاج بالتقبل والالتزام
- 4- العلاج بالتقبل والالتزام (من النظري إلى التطبيق)
- 5- المبادئ الأساسية الستة للعلاج بالتقبل والالتزام
- 6- الوعي الكامل
- 7- الأنا المفكر والأنا الملاحظ
- 8- التعاطف مع الذات
- 9- الاستعارات والتمارين في العلاج بالتقبل والالتزام

يعدّ العلاج بالتقبل (القبول) والالتزام من أحدث الأساليب العلاجية، حيث يسمى بالموجة الثالثة للعلاج المعرفي السلوكي. وهو يعتمد على مقارنة مختلفة تركز على علاقة الشخص بأفكاره ومشاعره، وعلى الأحداث السياقية المحددة والتي تنظم الأحداث النفسية وتربطها مع بعضها البعض. وسيتم في هذا الفصل التطرق إلى: مفهوم العلاج بالتقبل، أطره النظرية، ومختلف التقنيات العلاجية التي يعتمد عليها وعناصر عديدة أخرى تتوسطها.

1- مفهوم العلاج بالتقبل والالتزام:

في الآونة الأخيرة ظهر ما يسمى بالموجة الثالثة للعلاج المعرفي السلوكي، حيث قامت بربط تقنيات منبثقة من تقاليد العلاج المعرفي السلوكي مع مشاكل التقبل والوعي الكامل. وبينما حاول العلاج المعرفي السلوكي التعامل مع الأفكار من خلال مناقشتها وتغييرها وإعادة هيكلة محتواها، اتبعت العلاجات الحديثة مقارنة مختلفة تركز على علاقة الشخص بأفكاره ومشاعره (Fletcher, Hayes, 2005).

العلاج بالتقبل والالتزام عبارة عن علاج سلوكي يركز على الالتزام بالقيم، أي بما هو مهم في حياة الإنسان، ويتأتى ذلك من خلال التركيز على ست عمليات أساسية بهدف زيادة المرونة النفسية، والتي تمثل القدرة على الاتصال باللحظة الحالية مع إدراك الشخص لما يحدث من حوله والإصرار على السلوكيات التي تدعم وتخدم القيم أي ما هو مهم في حياة الإنسان وهذه العمليات هي: التقبل والاستعداد، فك الاندماج، الوعي بالحاضر، الذات كسياق، القيم، التصرف الاهتمامي الالتزامي (Stoddard & Afari, 2014).

يتم توجيه العميل للانفتاح وتقبل مختلف الخبرات والأفكار والمشاعر السلبية، لأن الجهد المبذول لتجنب وتقادي هذه المشاعر أكبر بكثير، ومن غير جدوى مقارنة بتقبل الأفكار والمشاعر

والأحاسيس السلبية، ومحاولة الإنفتاح وإفساح المجال لها لكي تكون، دون محاربتها أو محاولة التخلص منها، أو تجنبها. فبدلاً من هذا الصراع العقيم سيكون أسهل بكثير التركيز على اللحظة الآنية وعلى الأمور المهمة، مما سيؤدي لزيادة المرونة النفسية من خلال الوعي الكامل بما هو مهم، وكذا بمختلف الصراعات، وكنتيجة لهذه العملية تتناقص الخبرات السلبية بشكل تدريجي.

ويشير هايز وآخرون (Hayes et al. 2006) إلى أن الهدف الرئيسي للعلاج بالتقبل والالتزام هو زيادة المرونة النفسية، وتحسين قدرة الفرد على التواصل مع اللحظة الراهنة بشكل كامل وواعي، وأن يداوم الفرد على السلوك أو يغيره إذا كان ذلك يحقق أهدافه. والعمليات الست السابقة الذكر ليست هدفاً في حد ذاتها، وإنما هي سبل وأدوات لتحقيق حياة واضحة، تقودها القيم الفعلية التي يقدرها الفرد، وهي التي توجه سلوكه وأفعاله وسيأتي شرح مفصل لهذه العمليات الست لاحقاً في هذا الفصل (حامد وآخرون، 2013).

2- الجذور الفلسفية للعلاج بالتقبل والالتزام:

إن التقنية المستخدمة في العلاج بالتقبل والالتزام موجهة من خلال فلسفة يطلق عليها اسم السياقية الوظيفية، وكذلك موجهة من طرف الأبحاث في المعرفة واللغة والمعروفة باسم نظرية الأطر العلائقية (twohig, 2008, 1).

2-1- نظرية الأطر العلائقية (Relational frame theory): عبارة عن تقرير سياقي وظيفي للغة والمعرفة البشرية، والتي يمكن أن تنطبق على الحالات السريرية وذلك لكون الدراسات والأبحاث في هذه النظرية بينت أن اللغة والمعرفة الإنسانية بالرغم من كونها تسهم في البقاء التطوري للإنسان ونجاحه، هي المسؤولة عن المعاناة البشرية (Bach & Moran, 2008).

ويرى هايز وبارنز (Hayes, Barnes) أننا حتى نستطيع فهم اللغة والمعرفة علينا أولاً الانتباه للعلاقة بين اللغة ووظيفتها، والأحداث اللفظية في ضوء السياق العام الذي يتم فيه الحدث. ومن خلالها يمكن توضيح الطريقة التي يمكن للأفراد أن يستجيبوا بها للإشارات السياقية أيضاً (الفقي، 2016).

وتصبح اللغة والمعرفة مشكلة عندما يندمج الشخص بأفكاره مما يؤدي إلى زيادة وارتقاع السلوك التجنبي، أو ما يطلق عليه في العلاج بالتقبل والالتزام "التجنب التجريبي"، وهذا ما يدفع الإنسان للقيام بسلوكيات غير مجدية تستنزف الحيوية. إن العلاج بالتقبل والالتزام عبارة عن تطبيق إكلينيكي يركز على الأبحاث الأساسية لنظرية الأطر العلائقية، والتي تقترض أن التغيير الإكلينيكي يظهر عندما يتطور سياق السلوك ناحية عمل فعال بدلاً من تطور شكل السلوك نحو نموذج محدد. وبالتالي عوضاً عن التركيز على شكل السلوك، يتم بحث في الوظائف والسياقات للمواقف النفسية. وهذا يعني أن المشكلة المقدمة من طرف العميل يتم معالجتها من خلال تغيير سياق السلوك، وليس بالضرورة من خلال تغيير شكل السلوك. فقد لا يحاول المعالج بالتقبل والالتزام تغيير وتيرة أو شدة أو استمرارية أنواع معينة من السلوك، بل يغير سياق ما يطلق عليه مصطلح المشكلة. على سبيل المثال، بالنسبة للشخص الذي يعاني من القلق الاجتماعي يمثل القلق لديه سياقاً لتجنب المواقف الاجتماعية، وبدلاً من الافتراض أن عليه الخفض من أفكاره ومشاعره القلقة قبل أن يتمكن من الحصول على حياة اجتماعية، يستطيع عوضاً عن ذلك البدء بالتحرك والاندماج اجتماعياً مع من حوله، وهو يحمل معه هذه الأفكار والمشاعر المقلقة وعندما يكون الهدف العلاجي هو المرونة النفسية، فإن عيش حياة عميقة وذات معنى يصبح هو الهدف الإكلينيكي وليس التخلص من بعض الأعراض (Bach & Moran, 2008)

ولقد بينت الدراسات في نظرية الأطر العلائقية أن قابلية الاستجابة بشكل علائقي يسمح باكتساب وظائف من دون التعرض للخبرة المباشرة، فالقدرة على تحديد وظيفة مثير دون التفاعل معه

ليس بالمفهوم الجديد في مجال علم النفس السريري، ولكن يمكننا اعتبار نظرية الأطر العلائقية فعالة، لأنها تحاول توضيح السيرورات التي من خلالها تؤثر المعرفة على السيرورات السلوكية، وتقدم مقاربة علاجية خاصة ومميزة للنشاط المعرفي. مما يسمح بتعلم كيفية نقل وظائف المثيرات إلى مثيرات جديدة وذلك باستخدام مجموعة متنوعة من الأطر بما في ذلك التشابه والتعارض، والتمييز والتسلسل الزمني والهرمي، والسببية والعلاقة. على سبيل المثال لو أن شخص يعاني من وسواس التلوث فإنه سيتعامل مع الأشياء القذرة على أنها خطيرة، وأي شيء مماثل للقذارة سوف يكتسب سمة الخطورة حتى ولو لم يكن للشخص علاقة مباشرة بهذا الشيء. وهذا الأمر بالغ الأهمية لأنه يوضح أن الكثير من سلوكياتنا تتأثر بعمليات أخرى، وليست ناتجة عن تفاعلنا مع البيئة المحيطة بنا؛ حيث ينتج بذلك سلوكا غير متناسق مع البيئة المحيطة، ويكون موجه من خلال الخبرات المعرفية وكذا من خلال السياق الذي يحدث فيه، والوظيفة الناتجة عن هذا السياق وسيتم توضيح ما سبق ذكره من خلال النظرية السياقية الوظيفية (Twohig , 2008).

2-2-السياقية الوظيفية (functional contextualism): لقد أجري عمل فلسفي كبير وذلك لتوضيح الفلسفة الكامنة التي يركز عليها العلاج بالتقبل والالتزام، حيث أن هذه التوضيحات ساعدت في تعريف وتحديد العلاج بالتقبل والالتزام كمقاربة تختلف عن الموجة الأولى والموجة الثانية للعلاج المعرفي السلوكي. يركز العلاج بالتقبل والالتزام على مجموعة براغماتية متنوعة تعرف باسم "السياقية الوظيفية" والوحدة التحليلية الأساسية لها هي "السلوك الذي يحدث حاليا ضمن السياق" (Hayes,2004).

ويهتم العلاج بالتقبل والالتزام بالأحداث النفسية، ويرى أنها مجموعة من الأفعال الدائمة للفرد والتي تتأثر بالسياقات التي يمر بها. وبالتالي فإن المكونات الأساسية للوظائف السياقية هي:

- الاهتمام بالحدث بشكل جشطلتي.

- التأكيد على معيار الحقيقة القائمة بالفعل (هنا والآن/اللحظة الراهنة).

- السياق يلعب دورا مهما في فهم طبيعة ووظيفة الحدث (الفقي،2016).

2-2-1-السياقية الوظيفية والكرسي ذو الثلاثة أرجل: أود منكم أن تتخيلوا كرسي بأربعة أرجل،

وعندما حاول شخص ما الجلوس عليه انكسرت إحدى أرجله ووقع أرضا، كيف لنا أن نصف هذا

الكرسي، هل هو "مكسور أم "معطل" أم "أُتلف"؟

هل نسميه كرسي مختل أم كرسي عاطل؟

لقد تم طرح هذا السؤال من طرف راس هاريس (Russ Harris) على حوالي مئة معالج نفسي،

وعادة ما كانت الإجابة بنعم على التسميات المذكورة أعلاه، والمشكلة تكمن في كون هذه الإجابة-

إجابة غريزية -"نعم"(Harris,2009).

أي هناك شيء خطأ، معيب، معطل في هذا الكرسي، ولم يؤخذ بعين الاعتبار أهمية الدور في

السياق. طلب هاريس من المعالجين أن يحاولوا التفكير في ثلاثة أو أربعة سياقات يمكن لهذا الكرسي

أن يعمل فيها بشكل فعال لتحقيق أهداف معينة منها:

- استخدامه لتقديم نكتة عملية.

- استخدامه كفن استعراضى للأثاث المكسور.

- يستخدمه ممثل أو مهرج أثناء تقديمه لعرض.

- هو يدل على عيوب التصميم في فئة صناعة الأثاث.

- نستخدمه لتحقيق التوازن والتنسيق وتقوية العضلات (إذ يحاول الشخص الجلوس عليه دون الرجل المكسورة).

- على أمل أن تتعرض لإصابة أثناء جلوسك عليه خلال ساعات العمل وتحصل على تعويض مالي من مكان العمل.

في كل هذه السياقات يعمل الكرسي المكسور بشكل جيد لخدمة أهدافنا، وهذه الأمثلة توضح لماذا سميت النظرية السياقية الوظيفية بهذا الاسم. حيث تنظر هذه الأخيرة للأشياء كيف تعمل في سياق معين، ففي السياقية الوظيفية لا توجد فكرة أو شعور مرضي أو غير فعال أو غير وظيفي، وإنما في السياق الذي يتميز بالاندماج المعرفي والتجنب التجريبي، تعمل أفكارنا ومشاعرنا وذكرياتنا بشكل مسموم ومضر أو مدمر للحياة. أما في سياق فك الاندماج (defusion) والقبول أو التقبل مع الوعي الكامل فإن نفس هذه الأفكار والمشاعر والذكريات تعمل بشكل مختلف، فيكون لها تأثير أقل بكثير علينا، ولربما ستبقى مؤلمة ولكن لن تكون سامة أو مضرّة أو مدمرة للحياة، والأهم من ذلك إنها لن تحول دون عيشنا ضمن قيمنا وما هو مهم بالنسبة لنا في الحياة (Harris,2009).

إن أغلبية النماذج النفسية تقوم على فلسفة تسمى الفلسفة الآلية، فالنماذج الآلية تعامل العقل على أنه آلة مكونة من أجزاء منفصلة، وتعتبر الأفكار والمشاعر السلبية على أنها أجزاء خطأ في بنية هذه الآلة. وهدف هذا النوع من النماذج هو تصحيح أو تبديل أو نزع هذا الجزء، مما يمكن هذه الآلة من العمل بالشكل الطبيعي. وتعتبر الفلسفة الآلية من أنجح الفلسفات في المجال العلمي، مما جعل أغلبية النماذج النفسية تركز عليها. ويجدر بنا أن نشير إلى أن هذه الفلسفة ليست بفلسفة خاطئة أو سيئة أو ناقصة، إلا أن الفلسفة النسقية الوظيفية هي عبارة عن مقارنة مختلفة تماما مما قد يؤدي بنا إلى أساليب علاجية مختلفة أيضا (Harris,2009).

2-2-2-هدف السياقية الوظيفية: إن هدف السياقية الوظيفية هو التنبؤ والتأثير في السلوك بدقة وبشكل فعال وذلك باستخدام نتائج تجريبية، وهنا يجدر بنا طرح التساؤل التالي: ما هو الهدف من التنبؤ والتأثير في السلوك؟

يرى أنصار العلاج بالتقبل والالتزام أن الهدف الأساسي هو مساعدة الإنسان للحصول على حياة غنية وملئية وذات معنى؛ وبمعنى آخر عيش الحياة بشكل واع وإعطاءها قيمة وأهمية. ولهذا يحاول العلاج بالتقبل والالتزام رفع وعي الفرد بسلوكياته (السلوك الشخصي والسلوك العام)، وأن يلاحظ كيف يعمل هذا السلوك في سياق حياته؛ هل هو يحسن من مستوى معيشة الفرد؟ أم يجعلها أسوء؟ ونشير في العلاج بالتقبل والالتزام لهذا المفهوم بمصطلح "العملية" (workability) (Harris,2009). أي ما مدى كون هذه الفكرة عملية هل تجعل حياة الشخص أسهل وتحقق له أهداف معينة، أم أنها تبعده عن قيمه وما هو مهم بالنسبة له في الحياة. وعادة ما يتم طرح السؤال التالي على العملاء في جلسات العلاج النفسي: "ماهي وظيفة هذا السلوك؟" ويقصد بهذا السؤال "ما هو الأثر الناتج عن هذا السلوك"، "ما هي النتائج"، "ما الغرض الذي يخدمه هذا السلوك"، "ما المقصود تحقيقه؟"

ولتوضيح ما سبق ذكره حاولوا أن تتخيلوا خمسة أشخاص مختلفين، في خمس وضعيات مختلفة، كل واحد منهم قطع ساعده بسكين حاد. الآن حاولوا أن تتخيلوا خمس احتمالات وظيفية لهذا السلوك:

- جلب الانتباه

- عقاب ذاتي

- التخفيف من الضغط

- تشتيت المشاعر المؤلمة

- عمل تحف فنية في الجسد

- محاولة شعور أي شعور "إذا كان الشخص مخدرا"

- محاولة دخول المستشفى

من الملاحظ أن السلوك هو نفسه "قطع الساعد" ولكن وظيفة السلوك أو الهدف منه يختلف تماما.

الآن حاولوا أن تتخيلوا معي شيئا مختلفا، لنقل مثلا أن هناك زميلا لكم غارق في أفكاره،

وستحاولون جذب انتباهه:

- الصراخ في وجهه.

- "مرحبا هل أنت معنا؟".

- سكب كوب من الماء على وجهه.

- الضرب بقوة على بعض الأثاث.

- القول: "عزيزي هل يمكنك التركيز معنا".

ومن خلال الأمثلة السابقة الذكر، يمكن ملاحظة أن أشكال مختلفة من السلوك لديها كلها نفس

الوظيفة وهي جذب الانتباه. إن النسقية الوظيفية تهتم بوظيفة السلوك أكثر من اهتمامها بأشكاله،

ولكن تجدر الإشارة إلى أنه لا يمكننا معرفة وظيفة السلوك إلا إذا عرفنا السياق الذي حدث فيه هذا

السلوك (Harris,2009).

3- نموذج الاضطراب النفسي من منظور العلاج بالتقبل والالتزام:

يرى كل من أنصار العلاج بالتقبل والالتزام، وأصحاب نظرية الأطر العلائقية أن المشاكل النفسية يمكن أن تظهر بسبب الغياب العام للقدرات العلائقية (على سبيل المثال التخلف الذهني)، حيث أن المصدر الأساسي للمرض النفسي ينتج أساساً عن تفاعل اللغة والمعرفة مع الأحداث والطوارئ المحتملة المباشرة، بأسلوب يؤدي إلى عجز المرء في الاستمرار في السلوك أو تغييره لصالح أهداف قيمة بعيدة المدى. ويذهب أنصار كل من العلاج بالتقبل والالتزام ونظرية الأطر العلائقية إلى القول أن هذا النوع من غياب المرونة النفسية إنما ينشأ عن ضعف أو عجز السياق في ضبط العمليات اللغوية، وأن نموذج السيكيوباتولوجيا على صلة وثيقة بالتحليل الأساسي لنظرية الأطر العلائقية. وهذا ما يمدنا بنظرية ذات مستوى متوسط صالحة للتطبيق الإكلينيكي وترتبط بشكل وثيق بمبادئ أساسية أكثر تجريداً (Hayes,2004).

ويمكن تمثيل النموذج الكلي للعلاج بالتقبل والالتزام في سيكيوباتولوجيا في نموذج سداسي الأضلاع، تمثل كل زاوية من زواياه عملية من العمليات الست التي يفترض أنها تساهم أو تسبب المعاناة البشرية والسيكيوباتولوجيا، وفي وسط هذا النموذج تتمركز عدم المرونة النفسية، والذي هو عبارة عن مصطلح يرمز به إلى تفاعل هذه العمليات الست. وقبل التطرق للمكونات الستة تجدر بنا الإشارة الي توضيح مفهوم انتشار الألم، وكيف لهذه الآلية أن تؤثر علي خبرات الإنسان وطريقة تواصله بالبيئة المحيطة به. إن الكائنات الحية بما فيها الإنسان هي بطبيعتها حساسة للمثيرات المنفرة، ولا بد أن تكون كذلك لأسباب تطويرية.

وتقوم الأطر السياقية برفع إمكانية الوصول والتعرف على المثيرات المنفرة، على سبيل المثال كلب رُكل من طرف رجل طويل القامة، يمكن أن يصرخ هذا الكلب في المستقبل بمجرد رؤية هذا

الرجل أو أي شخص يشبهه. ويمكن للإنسان أن يعمم مواقف مختلفة بنفس الطريقة التي تم ذكرها، كما يمكنه أيضا أن يعمم ذلك على مواقف متناقضة تماما وتحدث بينها رابطة. على سبيل المثال "كعك عيد الميلاد" أو "غروب الشمس" قد يحفز فكرة من نوع "لقد كنت سعيدا قبل تعرضي للاعتداء"، وهذا دليل على قدرة الإنسان الكبيرة على تعميم المثيرات المنفرة على مواقف جديدة، مع صعوبة التخلص من الألم عن طريق استخدام حلول بسيطة للمواقف، على سبيل المثال تجنب المثيرات التي تشبه الأحداث المؤلمة التي حدثت في الماضي (Hayes, Follette, & Linehan, 2004).

3-1- التجنب التجريبي (experiential avoidance): يطلق عليه اسم التحكم التجريبي، وهو محاولة التحكم أو تغيير الشكل أو التردد أو الحساسية اللفظية للخبرة الداخلية (أفكار، مشاعر، ذكريات، أحاسيس)، حتى إذا تسبب ذلك في ضرر سلوكي. ومن وجهة نظر العلاج بالتقبل والالتزام ونظرية الأطر العلائقية فإن التجنب التجريبي ينتج عن قدرتنا على التقييم والتنبؤ وتجنب المواقف (Luoma, Hayes, & Walser, 2007).

ويعد التجنب التجريبي مفهوما رئيسيا في التفسير والتنبؤ بمجموعة واسعة من المشكلات النفسية والسلوكية. حيث يعرف على أنه مجموعة من أساليب وطرق مواجهة غير ملائمة تستخدم لتجنب الأفكار، المشاعر، والمواقف السلبية (Shimoda, Ishizu, & Ohtsuki, 2018).

يعني التجنب التجريبي محاولة الهروب أو تجنب الخبرة الداخلية غير المرغوب فيها، كالأفكار المشاعر، والذكريات المؤلمة. وهي على النقيض من التقبل، فيتضمن التجنب التجريبي أي سلوك يوظف ليقفل أو يزيل الأفكار أو المشاعر أو الأحاسيس البدنية أو الخبرات المؤلمة، فعلى سبيل المثال فإن مرضى الاكتئاب عادة ما يفصحون على سلوكيات عديدة للتجنب التجريبي محاولة منهم لتجنب المشاعر السلبية (كالحزن، القلق، تأنيب الضمير....)، فقد ينسحب مريض الاكتئاب من العلاقات

الاجتماعية لتجنب بعض الأفكار والمشاعر السلبية مثل : "أنا ممل"، "ليس لدي ما أقوله"، "ليس لدي الرغبة في الاستمتاع بأي شيء"، "أنا متعب". وعند تجنب مريض الاكتئاب لآخرين فإن هذه الأفكار والمشاعر السلبية تتناقض (Hayes,2009) .

ويحدث التجنب التجريبي بصورة حتمية عندما يتم قبول التفسيرات والتقييمات والقواعد على أنها أوصاف صحيحة وضرورية للواقع، والأفكار، والانفعالات المكدر، بغض النظر عن شدتها، فهي ليست ضارة في حد ذاتها وذلك حسب العلاج بالتقبل والالتزام، بل هو اعتقاد الفرد أن تفسيراتنا وتقييماتنا، وقواعدنا هي التي تصف الواقع وتبعد السلوك الذي يجعل هذه الأفكار والانفعالات ضارة. فإذا كان سيئا أن تشعر بالسوء فإن ذلك يصنع إحساسا أن الفرد قد يذهب بعيدا لتجنب الشعور بالسوء، وفي الواقع من الضروري أن نشعر بالسوء (أو نفكر بأفكار مكدر) في السعي إلى الأشياء التي تجعل حياة الفرد حياة ذات قيمة. وعندما يحتل تجنب هذه الأفكار والمشاعر الأسبقية على التحرك نحو ما هو مهم بالنسبة للفرد (نحو قيمه) فإن التجنب يصبح هنا مشكلة (عطية،2011).

3-2- الاندماج المعرفي (cognitive fusion): هو عملية أساسية يمكن أن تؤدي إلى الاضطراب، ويتعلق الأمر بسيطرة شبكات العلاقات على وظائف التنظيم السلوكي، وتنشأ هذه السيطرة أساسا عن فشل التمييز بين عملية ونتائج الاستجابة العلائقية، في السياق الذي يدعم ويقوي مثل هذا الاندماج. يقع السلوك الإنساني تحت سيطرة وتوجيه العلاقات (الشبكات) اللغوية أو اللفظية غير المرنة بدرجة أكبر من توجيه الأحداث والطوارئ التي تواجهه ويتعامل معها. إن هذا الأمر لا بأس به في بعض الأحوال والظروف، ولكنه في البعض الآخر يؤدي إلى المزيد من نقص المرونة النفسية والاضطراب النفسي. وبناء عليه يتصرف الناس بطريقة تتناقض مع ما تسمح به البيئة في ضوء القيم والأهداف المختارة. ومن وجهة نظر العلاج بالتقبل والالتزام/ نظرية الأطر العلائقية فإن شكل ومضمون التفكير

ليس بالمصدر المباشر للاضطراب، وإنما يكون كذلك في حالة تأثير بعض الخصائص السياقية على المضمون المعرفي، مما يؤدي إلى توجيه وتنظيم سلوك الإنسان بشكل غير فعال ومن دون جدوى (Hayes, 2004).

وتدعم البيئة الاجتماعية واللفظية هذا النوع من السياقات الوظيفية الضارة، فمثلا التعامل مع الرموز بشكل حرفي (على سبيل المثال فكرة أن "لا أمل في الحياة") بوصفها المرموز أي وكان الشخص يرى (حياة بلا أمل بالفعل). ويؤسس سياق إعطاء الأسباب قيام المرء بالفعل أو عدم قيامه به معتمدا في ذلك وبشكل متطرف على "أسباب" مصنوعة أو مصطنعة لسلوك الفرد، خاصة عندما تعرض هذه الأسباب بوصفها أسباب غير قابلة للتغيير أو التعديل، أي بوصفها أحداث داخلية خاصة لا يمكن التأثير فيها أو تعديلها. يهتم سياق ضبط الخبرة الذاتية في الأساس بالتعامل مع الحالات الانفعالية والمعرفية والتأثير فيها، بوصف ذلك الهدف الأساسي للحياة الناجحة ويعتبر مقياسا لها. والاندماج المعرفي يقوي ويدعم السلوك التجنبي والذي يعتبر بمثابة محاولة تعديل وتصحيح صورة، أو تكرار، أو حساسية الأحداث الداخلية الخاصة حتى عندما يؤدي القيام بذلك إلى وقوع الضرر السلوكي. ونظرا لوجود العلاقات الزمنية وعلاقات المقارنة في اللغة الإنسانية، يتم توقع وتقويم وتجنب ما تسمى بـ"الانفعالات السلبية" وهذه العملية اللغوية هي في الأساس أمر طبيعي

(Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006).

والاندماج المعرفي هو ميل الشخص إلى النظر في مضمون أفكاره كما لو كان انعكاسا للواقع، وهو يترجم بالالتزام بالمعنى الحرفي للأفكار. إن العالم من حولنا يعرض أفكار مختلفة تمثل نمودجا للتنظيم السلوكي والذي يمكن أن يؤدي إلى الخلط بين الفكر والواقع، ومن ثم تكون سلوكيات الشخص نتاجا للعلاقات المشتقة بين المحفزات والقواعد اللفظية، وتكون بذلك أقل اعتمادا على الخبرة المباشرة والنافعة (Neveu, 2017).

ومصطلح الاندماج المعرفي مشتق من كلمة تعني "الانصهار"، وبشكل استعاري يمكن القول أن محتوى المعرفة والعالم الذي نحن بصدد التفكير فيه قد اندمجا سويا لغاية ما، وصارا يمثلان شيئا واحدا بنفس الطريقة التي يندمج فيها الليمون والسكر والماء ليشكلوا عصيرا. وعندما يصبح التفكير والعالم الذي نفكر فيه شيء واحدا تصبح أنماط التفكير لدينا هي التي تملي علينا كيفية الاستجابة للعالم الخارجي، ويمكن أن نلاحظ هنا أن هذا التنظيم الذي فرض على العالم الخارجي من خلال الأفكار هو من صنع الفرد ذاته (Luoma , Hayes, & Walser , 2007).

وعندما يكون الشخص في حالة اندماج معرفي مع الفكرة فهو ينسى أنها مجرد فكرة، ويتعامل معها على أنها واقع موجود وحاصل. فيتعامل مع أحداث الماضي وكأنها مستمرة في الحدث، كما يمكن أن يتعامل مع المخاوف المتعلقة بالمستقبل وكأنها تحدث في اللحظة الحالية (عائلتي ستتعرض للأذى)؛ فيتعامل الشخص مع هذه الفكرة على أنها بصدد الحدث ولا ينتبه أنها مجرد فكرة ويصبح المستقبل وكأنه يحدث هنا والآن، وبهذا الشكل يفقد الشخص إتصاله باللحظة الحالية فيما أن يكون غارقا في أحداث حدثت ومضت أو متخوفا بسبب أحداث ممكن أن تحدث في المستقبل (Luoma , Hayes, & Walser , 2007).

ولتوضيح ما سبق ذكره، نأخذ على سبيل المثال مرضى الوسواس القهري؛ فعندما يندمج مريض الوسواس القهري مع فكرة الجرائم والقذارة فإنه يتعامل مع هذه الفكرة على أنها واقع موجود، ومحاولة منه للتخلص من الجرائم يحاول غسل يديه ما يقارب الخمسين مرة وأكثر، فهو مندمج مع فكرة الجرائم والقذارة ويحاول التخلص منها بالرغم من أن الملاحظ لهذا السلوك يستغرب كيف للشخص أن يقتنع أن هناك قذارة أو جرائم بالرغم من سلوكيات الغسيل المستمرة. هذا المثال يعكس تماما الاندماج المعرفي مع فكرة الوسوسة والجرائم وكيف للإنسان أن يستجيب لمجرد فكرة على أنها واقع موجود (Harriss ,2019).

ولا ينظر العلاج بالتقبل والالتزام للأفكار والمشاعر السلبية على أنها هي المشكلة، وإنما الاستجابة لها بشكل جامد وغير مرن والنتائج عن الاندماج المعرفي أو التجنب التجريبي هو الذي يجعل منها مشكلة. وتصبح الأفكار والمشاعر السلبية مرضية أو مهدمة للحياة إذا تم الاستجابة لها من خلال عملية الاندماج المعرفي أو التجنب التجريبي، ولكن نفس هذه الأفكار والمشاعر قد لا تؤثر بتاتا على الشخص إذا تم الاستجابة لها بشكل منفتح ومرن، فهي لا تفقد طابعها المؤلم ولكن يصبح من السهل التعامل معها من خلال عملية الإنفتاح والتقبل وبالتالي لا تؤدي بالفرد إلى المعاناة. ويحاول المعالج أن ينقل العميل إلى وجهة النظر هذه، والتي تنص على أن المشكلة الأساسية هي عملية الاندماج وتصديق محتوى الفكرة بدل أن تكون الفكرة أو الشعور في حد ذاته (Harriss, 2019).

3-2-1- الفئات الست للاندماج المعرفي: هناك ست فئات أساسية للاندماج وهي كالآتي:

الاندماج مع الماضي، المستقبل، مفهوم الذات، الأسباب، القواعد والأحكام.

3-2-1-1- الاندماج مع الماضي: ويتمثل في:

- الاجترار، الندم، التركيز على الذكريات المؤلمة (على سبيل المثال: الفشل، الجروح والفقْد).

- اللوم والاستياء من الأحداث الماضية.

- تمجيد للماضي (حياتي كانت رائعة قبل حدوث "أ"، ب، ج).

3-2-1-2- الاندماج مع المستقبل: ويتمثل في:

- القلق، تضخيم الأمور.

- توقع الأسوء، اليأس.

- توقع الفشل والرفض والجروح والفقْد وغيرها.

3-2-1-3- الاندماج مع مفهوم الذات: يتعلق الأمر بكل أنماط المعرفة المتعلقة بالوصف الذاتي

والتقويم الذاتي مثل:

- الحكم السلبي على الذات : أنا سيء، غير محبوب، عديم القيمة، متسخ، محطم، ولا شيء.

- الحكم الإيجابي على الذات: أنا دائماً على حق، أنا أحسن منك.

- الارتباط بتسمية: أنا شخصية حدية، أنا مكتئب، أنا مدمن كحول.

3-2-1-4- الاندماج مع الأسباب: أي أن الإنسان بارع في تقديم التبريرات، مختلف التبريرات التي

لا تسمح له بالتغيير، أو لماذا لا يريد أن يتغير، أو لا ينبغي أصلاً أن يتغير .

- أنا "أ" "للاغاية (أ= مكتئب، حزين، قلق)(Harris,2019) .

- "ب" يمكن أن يحدث (ب= نتائج سيئة مثل: الفشل، الرفض، سأصبح محل سخريّة)

- غير مجدي، الأمر صعب جداً، الأمر مخيف.

-أنا "ج" (ج= أنا حدي، خجول، أنا فاشل

- "د" أخبرني أنني لا أستطيع (د= شخص، الدين، القانون، المعتقدات الثقافية، مكان العمل....)

3-2-1-5- الاندماج مع القواعد: تشمل كل القواعد التي تتعلق بكيفية يجب أن أكون، الآخرون

والعالم من حولي، وهذه القواعد يمكن أن نستخلصها من أسلوب الكلام من مثل "لا بد أن"، يجب

علي"، "واجب علي"، "صحيح"، "خطأ"، "عدل"، "ظلم"، عادة ما يتم تحديد شروط معينة من مثل "لا

أستطيع...حتى"، "لا يمكن.... إلى أن"، "لا بد... لأن....." "لا بد من القيام بهذا....لأجل هذا...."،

"لن أتحمّل....."، "أرفض السماح...." وهذه بعض الأمثلة:

- يجب أن لا أخطئ .

- لا بد أن تتغير قبل أن أتغير أنا.

- لا أستطيع الذهاب إلى العمل لما أشعر به (Harris,2019).

3-2-1-6- الاندماج مع الأحكام: وتشمل أي نوع من أنواع الأحكام أو التقييم سواء كان إيجابياً أو

سلبياً، بما في ذلك الأحكام التي تتعلق بما يلي :

- الماضي والمستقبل.

- الذات والآخرين.

- أفكارنا ومشاعرنا .

- جسدنا، سلوكنا، حياتنا.

- العالم، المكان، الناس، الأشياء، المناسبات، وبكل بساطة إطلاق أحكام حول كل شيء .

هذه الفئات الست للاندماج تدخل في صياغة قصة الشخص الذاتية، على سبيل المثال:

بسبب الأمور السيئة التي حصلت لي (الماضي)، أنا تحطمت (مفهوم الذات، حكم على الذات)،

وبالتالي لا أستطيع القيام بـ "أ" (تبرير)، أو لا يمكنني أبدا الحصول على (مستقبل). إن هذه الفئات

الست للاندماج لا تمثل كل مكونات الاندماج ولكنها تحوي أغلبيتها والتي يمكن أن نصادفها في

الممارسة العيادية (Harris,2019).

3-2-2- الاندماج المعرفي مقابل الانفصال: عندما نندمج مع أفكارنا أو معتقداتنا فإن الأمر يبدو

وكأنه:

- شيء لا بد علينا الرضوخ أو الاستسلام له والتصرف وفقاً له.

- على أنه تهديد لا بد من تجنبه أو التخلص منه.
- شيء جد مهم يحتاج إلى كل انتباهنا.
- أما عندما ننفصل عن هذه المعتقدات أو الأفكار فيمكن أن نراها على ما هي عليه: مجموعة من الكلمات أو الصور (داخل دماغنا) ويمكن التعرف عليها بالشكل التالي:
- شيء ليس من الضروري أن نخضع له أو نستسلم ونستجيب ونتصرف وفقه.
- ليست على الإطلاق تهديدا لنا.
- يمكن أن تكون مهمة ويمكن ألا تكون، ولدينا حرية اختيار درجة الاهتمام الذي يستدعيه الأمر (Harris,2009).

3-2-3- سيطرة الماضي التصوري والمستقبل التصوري المخيف (المعرفة الذاتية المحدودة):

- إن كل من الاندماج المعرفي والتجنب التجريبي يبعداننا عن اللحظة الحالية وذلك بطريقتين هما:
- الطريقة الأولى: انخفاض الوعي المستمر والمرن بالخبرة الذاتية، لأن معرفة ما نشعر به وما نفكر فيه وما ندركه وما نتذكره في اللحظة الحالية عادة ما يأخذ شكل عقاب، لأن هذا النوع من الوعي يؤدي بنا للاتصال بخبرات الخوف والألم والغضب والحزن وغير ذلك.
- الطريقة الثانية: الاندماج المعرفي يؤدي إلى اتصال أقل باللحظة الحالية وبالتالي تجنب المعاش الداخلي المرتبط بالخبرات السلبية (Luoma , Hayes, & Walser , 2007).

إن الاتصال باللحظة الحالية يتضمن الاتصال بالعالم من حولنا والعالم الداخلي، فإذا فقدنا الاتصال بالعالم الداخلي - أي فقدنا الاتصال بما نفكر فيه وما نشعر به - سنفتقر للمعرفة الذاتية، ومن دون المعرفة الذاتية سيكون من الصعب علينا تغيير سلوكياتنا بشكل تكيفي. فالاندماج المعرفي

والتجنب يؤديان إلى فقد الاتصال بخبرة هنا والآن، فنكون عالقين إما في الماضي التصوري والأحداث التي حدثت أو المستقبل التصوري المخيف. فمثلا يستغرق مرضى الاكتئاب وقتا طويلا في الاندماج المعرفي مع الماضي التصوري؛ فيجترون أفكارا وذكرياتا مؤلمة وغالبا ما يكون لها علاقة بالفقد والرفض والفشل، كما يندمجون معرفيا مع المستقبل التصوري، فيقلقون بشأن كل الأشياء السلبية التي يمكن أن تحدث في المستقبل (Harris,2009).

3-2-4- عدم وضوح القيم: عندما يكون سلوكنا موجه بالاندماج المعرفي مع الأفكار السلبية أو بالتجنب التجريبي للخبرات السلبية الداخلية، فهذا يؤدي بنا إلى فقد قيمنا أو إهمالها وإذا لم تكن قيمنا واضحة أو لم نكن في اتصال نفسي بها فلا يمكننا استخدامها كموجه لسلوكياتنا، فالهدف من العلاج بالتقبل والالتزام هو جعل السلوك ناتجا عن القيم بدلا من أن يكون ناتجا عن التجنب أو الاندماج المعرفي (ناتج عن الصراع النفسي).

لكن يجب الإشارة إلى أنه حتى القيم لا يجب أن نندمج معرفيا معها، وإلا صارت عبارة عن قواعد أو قوانين صارمة. على سبيل المثال هناك فرق في قيمة العمل في الحالات الثلاثة التالية:

- يمكن أن تكون قيمة العمل ناتجة عن أفكار مثل: "لا بد أن أقوم بهذا العمل فهو العمل الوحيد الذي أستطيع القيام به".

- يمكن أن يكون دافع العمل ناتجا عن التجنب "تجنب الشعور بالفشل"، والهروب من القلق الناتج عن الجو السائد بالبيت والمشاكل داخل الأسرة.

- يمكن أن يكون ناتجا عن قيمة العمل، أي القيام بالعمل ينبثق من فكرة الإنجاز وتطوير الذات، النشاط أو التواصل مع الآخرين .

فأي من هذه الأمثلة الثلاثة يعكس الحيوية والمعنى للحياة والهدف؟

إنّ فالقيم هي اختيار نوعية الحياة والتي تنعكس بشكل مباشر في سلوكياتنا، فالقيم تتعلق بكيفية العيش بطريقة مختارة وذات معنى؛ فهي البوصلة التي يمكن أن توجه حياتنا، وتساعدنا على الاختيار وتحمل المسؤولية والابداع (Harris,2009). والقيم تعني أن نعيش بطريقة مختارة وذات معنى (أي في ظل ما هو مهم بالنسبة لنا في الحياة)، فهي الموجه لحياتنا، وفقد الاتصال بها يؤدي بنا إلى المعاناة. والقيم لا تعني الأهداف، فهناك فرق بين الاثنين فعندما نتحدث عن الأهداف فنحن بصدد الحديث عن شيء نرغب في تحقيقه، شيء يعكس نجاحنا. على سبيل المثال: الارتباط، إنجاب الأطفال، أن أصبح كاتبة متميزة؛ فالهدف هو العلامة التي تخبرنا أننا على الخطى الصحيحة ولكنه ليس الخطوة في حد ذاتها. أما القيم فهي الخطى في حد ذاتها أي الاتجاه والطريقة التي يسري عليها هذا العمل لتحقيق هدف معين، فإنجاب الأولاد هدف ولكن العلاقة معهم وكيفية الرعاية والاهتمام والتربية هي القيمة، فعندما نتحدث عن القيم نحن بصدد الحديث عن ما هو المهم بالنسبة لنا في الحياة (Shields,2017).

وعادة ما يطرح المعالج المختص بالعلاج بالتقبل والالتزام أسئلة من نوع: " كيف تريد لحياتك أن تكون؟"، في أي اتجاه تريد أن تتحرك؟". وفي الوقت الذي تتعلق الأهداف بالمستقبل ترتبط القيم أكثر باللحظة الحالية. كما أن الأهداف تتعلق بالأمر التي نتقنا في هذه الحياة ونسعى لتحقيقها، في حين يتم تحديد القيم استنادا إلى الطريقة التي نريد العيش بها (Bach & Moran, 2008).

3-2-5- التمسك بالذات التصويرية: كل واحد منا لديه قصة عن يكون، وهذه القصة معقدة ومتعددة الطبقات فهي تتضمن بعض الحقائق الموضوعية، كالإسم والعمر والجنس والخلفية الثقافية والحالة الاجتماعية والمهنية وغيرها. ويتضمن كذلك وصف وتقييم للأدوار التي نقوم بها، علاقاتنا، نقاط القوة

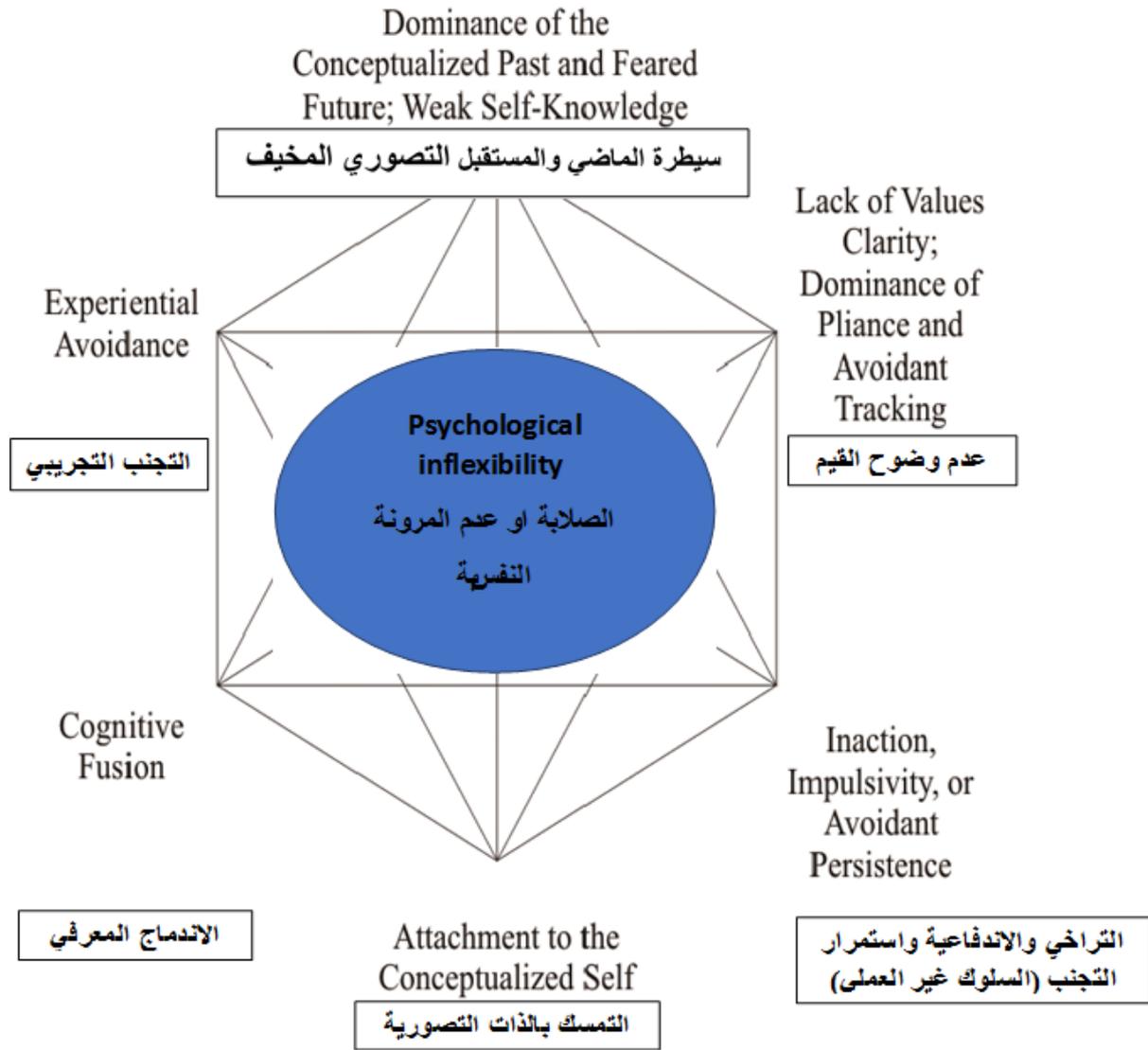
والضعف، والأشياء التي نحبها ونكرهها، آمالنا، أحلامنا، طموحاتنا... إلخ. فإذا كنا نحمل هذه القصة بشكل مرن وخفيف، فقد تعطينا معنى لذواتنا فتساعدنا على تحديد من نحن وماذا نريد في هذه الحياة. أما إذا كنا مندمجين معرفيا مع هذه القصة، أو فكرنا أننا نحن من يمثل هذه القصة فهذا قد يخلق عندنا العديد من المشاكل. إن أغلبية الكتب التي تناولت العلاج بالتقبل والالتزام ترمز لهذه القصة باسم الذات التصورية أو الذات كمحتوى ولكن من الأفضل استخدام مصطلح الذات كوصف، لأنها الطريقة التي نصف بها نواتنا. وعندما يكون هناك اندماج مع الذات كوصف فنصبح وكأننا نمثل هذا الوصف، أي أننا عبارة عن هذه الأفكار. يمكن للشخص أن يندمج معرفيا مع الذات كوصف بشكل إيجابي وهذا الأمر قد يؤدي به أيضا للوقوع في مشاكل. فعلى سبيل المثال اندماج الشخص مع فكرة مفادها "أنا قوي ومتحرر" قد تولد لديه الشخص شعور قوي بالثقة بالنفس، ولكن ماذا سيحدث لو أحتاج إلى مساعدة أي كان؟ كذلك في حالات الاكتئاب عادة ما يندمج مريض الاكتئاب مع الذات كوصف بشكل سلبي من قبيل: "أنا سيء، أنا فاشل، أنا يائس، أنا قبيح، أنا سمين..." إلخ. كما يمكن أن نجد عناصر إيجابية أيضا مثل "أنا شخص قوي، لا يجب أن أسلك بهذا الشكل" أو "أنا شخص جيد وطيب لماذا يحدث لي كل هذا"، "لا أحتاج لأي مساعدة، يمكن أن أتعامل مع الأمور بمفردي" (Harris,2009).

3-2-6- التراخي والاندفاعية واستمرار التجنب (السلوك غير العملي): إن ارتباط كل من الاندماج المعرفي، والتجنب والذات كسياق، وفقدان الاتصال باللحظة الحالية، يؤدي إلى عدم القدرة على التصرف بشكل فعال باتجاه القيم، فينتج عن ذلك عدم المرونة النفسية وصلابة السلوكيات فيما يخص النتائج بعيدة المدى.

فالأهداف قريبة المدى مثل الشعور الجيد، وأن نكون على حق، والتمسك بالذات كسياق تصبح مهيمنة على السلوكيات، بدل التركيز على الحصول على حياة ذات معنى، وبالتالي يفقد الأشخاص

الاتصال بما يرغبون به في هذه الحياة وذلك في سبيل التخلص من الألم النفسي. وبالتالي يمكن أن تستهلك حياة بأكملها في سيرة أهداف مثل حماية الذات من القلق، التعامل مع الاكتئاب أو الدفاع عن احترام الذات بدلا من القيام بالعديد من الأهداف المحتملة الأخرى، التي يمكن أن يكون لها معنى أكبر وأعمق وتتمس بالحيوية (Luoma , Hayes, & Walser , 2007).

بمعنى آخر نحن نعني بالسلوك غير العملي أنماط السلوك التي تدفعنا بعيدا عن الوعي والعيش ضمن القيم، أي أنماط السلوك غير الفعالة التي لا تجعل حياتنا غنية وذات معنى وبدلا من ذلك فهي ترفع الصراعات عندنا أو تجعلنا عالقين في الأفكار. وهي تضم مختلف السلوكيات كالاندفاعية، وردود الفعل أو السلوكيات الأوتوماتيكية والتي تمثل النقيض من السلوكيات الواعية والهادفة فتكون مدفوعة بواسطة سلوك التجنب، بدلا من أن يكون الدافع لها هو القيم. ومن الأمثلة الشائعة للسلوكيات غير الفعالة في حالات الاكتئاب نجد اللجوء إلى المخدرات والكحول، الانسحاب من التواصل الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية، الخمول الجسدي، التوقف عن الأنشطة الممتعة سابقا، تجنب العمل، الإفراط في النوم أو مشاهدة التلفزيون، محاولات الانتحار، كثرة المماطلة في النشاطات المهمة والقائمة لا تنتهي (Harris, 2009).



شكل رقم-1- يمثل نموذج الاضطراب النفسي من منظور العلاج بالتقبل والالتزام (Harris, 2009)

4-العلاج بالتقبل والالتزام (من النظري إلى التطبيق):

يعتبر العلاج بالتقبل والالتزام من العلاجات المحدودة بالوقت، والذي يتطلب المشاركة النشطة للعميل حيث أن هذا الأخير لا بد أن يعلم ويوافق على السيرورة النشطة لإجراءات العلاج. فعلى سبيل المثال يجب أن يشارك العميل في العديد من التمارين، مثل تمارين الوعي الكامل والمراقبة الذاتية والكتابة أثناء تواجده في العيادة وفي منزله، بالتالي لا بد من أخذ موافقة لفظية أو خطية منه بهذا الخصوص.

كما تجدر الإشارة إلى أنه لا يوجد بروتوكول ثابت وبترتيب معين لكل مرض، وعليه فإن للمعالج الحرية التامة في اختيار تسلسل التمارين، وذلك حسب نقاط القوة والضعف عند العميل. فأهم شيء لا بد أن يتميز به المعالج هو الانفتاح والمرونة في التعامل مع الحالات النفسية، فيكون نموذجاً لعميله. لأن الهدف الأساسي من العلاج هو رفع المرونة النفسية، فمن غير المنطقي وضع إطار صارم لتسلسل العلاج للحصول على المرونة النفسية.

4-1-الأيأس الابداعي: عادة ما تكون هذه أول مرحلة للعلاج، حيث في البداية يبدأ العميل في عرض مشكلته: الأفكار، الصور، الذكريات أو الأحاسيس الجسدية المزعجة والتي دفعته للبحث عن المساعدة، ويقوم المعالج بسؤال العميل عن كل المحاولات التي قام بها للتخلص من مشكلته أو مواجهتها. وهنا يشير المعالج إلى فكرة مفادها وجود العميل بالجلسة العلاجية هو دليل قاطع على أن الحلول التي قام بها ليست فعالة على المدى البعيد، وإلا ما كان بصدد البحث عن حلول جديدة. وفي هذه المرحلة يحاول المعالج أن يوضح للعميل أن كل السلوكيات التي قام بها كانت من مبدأ التحكم فيما يشعر أو يفكر، وأن محاولة التحكم في حد ذاتها هي المشكلة وليست الحل (Seznec,2015).

4-2- التحكم هو المشكلة: إن هذه المرحلة ترتبط بشكل مباشر بالمرحلة السابقة، فالتمارين التجريبية والاستعارات تؤدي بالعمل بشكل تدريجي إلى الوعي بأن ما يشعر به من ضغط نفسي، وصراع لا يرجع فقط لخبراته الداخلية السلبية من أفكار ومشاعر وأحاسيس جسدية، بل إن محاولة التخلص منها هي الأخرى تجعل الأمر أكثر تعقيدا. إن زيادة وعي العميل بأن محاولة التحكم والسيطرة فيما يشعر به تمنعه من القيام بما هو مهم بالنسبة له، تكون مقدمة لمرحلة جديدة من العلاج (Seznec,2015).

يرى راس هريس (Russ Harris) أنه من الأفضل استبدال مصطلح التحكم بمصطلح الصراع بهدف تجنب بعض الملاحظات، وهدفنا هو تقوية الأشخاص. ولا بد لنا من مساعدتهم على التركيز على الأمور التي باستطاعتهم السيطرة عليها، ولذلك نحاول في العلاج بالتقبل والالتزام أن نساعد العملاء على:

- تحديد الأمور التي يمكنهم التحكم فيها والأمور الخارجة عن سيطرتهم.
- التخلي عن التحكم في الأمور التي لا يمكن التحكم فيها.
- ممارسة التحكم بشكل نشط على ما يمكننا التحكم فيه.

وفيما يلي جدول يشرح ما سبق ذكره:

جدول رقم-1- يبين ما يمكن وما لا يمكن التحكم فيه .

أستطيع التحكم فيه (يحتمل)	خارج عن تحكمي
الكيفية التي أستجيب بها لانفعالاتي ومشاعري.	الغالبية العظمى من انفعالاتي ومشاعري.
الكيفية التي أستجيب بها لأفكاري.	الغالبية العظمى من أفكاري .
الكيفية التي أستجيب بها لأحاسيسي.	الغالبية العظمى من أحاسيسي.
الكيفية التي أستجيب بها لذكرياتي.	ذكرياتي.
ماذا يمكن أن أقول أو أفعل لأرفع من احتمالية تحقيق ما أريد تحقيقه.	تحقيق ما أريده أو عدم تحقيقه.
كم أركز وأندمج مع ما أقوم به.	أن أشعر بالارتياح لما أنا بصدد القيام به.
ماذا أفعل أو أقول لأؤثر على الآخرين.	ماذا يفعل أو يقول الآخرون.
أن أتصرف كالشخص الذين أريد أن أكون أو عكسه.	كيف يحكم على الآخرين أو ينظرون إلي.
ماذا أقول أو أفعل للتأثير على المستقبل.	ماذا سيحدث في المستقبل.
كيف أستجيب للأفكار المتعلقة بالماضي.	ماذا حدث في الماضي.
كيفية التعامل مع ذاتي بتعاطف في مواجهة الفقد.	الفقد المؤلم
القيم التي أعيش بها وأتصرف من خلالها سواء حصلت على ما أريده في الحياة أو لم أحصل عليه.	أن أحصل أولاً على ما أريده في الحياة
القيم التي نعيش بها ونسلك من خلالها في مواجهة مختلف صعوبات الحياة، ودرجة تعاطفي مع ذاتي أثناء حدوثها.	صعوبات الحياة المختلفة مثل: (مشاكل العمل، الأمراض، الإصابات، معاناة شخص عزيز ومقرب، الكوارث الطبيعية، الأزمات الاقتصادية، الاحتباس الحراري ..)

من خلال الجدول أعلاه، نشير إلى أن مصطلح (يحتمل) في الجزء العلوي الأيسر للجدول،

يقصد به أنه يحتمل أن تتحكم في هذه الأمور إذا لم تكن في حالة اندماج معرفي كلي، مما ينتج عنه

سلوكات هروبية تجنبية، وبناء عليه كلما ارتفعت المرونة النفسية وزادت درجة الوعي بالصراع النفسي،

ارتفعت القدرة على التحكم في العناصر المذكورة في الجزء الأيسر من الجدول (Harris,2019).

4-3- الاستعداد لاستقبال المعاناة الشخصية: في هذه المرحلة يمكن للعميل أن يتخذ وضعية انفتاح

وتقبل للخبرات السلبية، بدلا من الاستثمار في التحكم والسيطرة أو بالأحرى في الصراع النفسي.

4-4- الوعي التام: كان ينصح سابقا برفع الوعي التام لدى العميل بالاستعانة بتمارين مكثفة ولفترات

طويلة، إلا أن الدراسات في مجال العلاج بالتقبل والالتزام أثبتت فعالية التمارين القصيرة، والتي تلعب

دورا فعالا في رفع الوعي لدى العميل، كالملاحظة والوعي بمبدأ هنا والآن، وكذا تمارين الأنا الملاحظ والأنا كسياق، بالإضافة إلى فك الاندماج من خلال استخدام الاستعارات، والتدريب على الانفتاح وفسح المجال للخبرات الداخلية وتقبلها (Seznec,2015). والوعي التام هو حالة عقلية خاصة تجمع بين الإدراك والإنفتاح، وينطوي على ثلاث مهارات أساسية:

- **المهارة الأولى: "إبطال الفعالية":** عندما تتعلم إبطال فاعلية الأفكار الأليمة وغير السارة، والمعتقدات المقيدة للذات، والانتقاد الذاتي، فسوف يقل تأثير هذه الأمور عليك.
- **المهارة الثانية: "التوسع":** ويقصد به تخصيص مساحة للأفكار والمشاعر الأليمة، والسماح لها بالسريان بداخلك بدون الانجراف معها.
- **المهارة الثالثة: "الاتصال":** وهذا يعني العيش التام في الحاضر بدلا من الزكون إلى الماضي أو القلق من المستقبل. إن كل من إبطال الفعالية والتوسع والاتصال تعرف معا بالوعي التام (هاريس،2018).

4-5-المماثلة والاستعارات: تساعد المماثلة والاستعارات على نقل وظيفة مثير إلى مثير آخر، أو من شبكة معقدة إلى شبكة أخرى ، وذلك من خلال تحديد العلاقات بين الوضعيتين. حيث تكشف هذه الأدوات عن إشراك اللغة والاندماج المعرفي، وتساعد على التعلم من خلال التجريب بدل التعلم من خلال التلقين. ولا يجب التردد في كثرة استخدام المماثلات والاستعارات، بهدف مساعدة العميل على الوعي بما يحصل معه، وعن وضعيته الحالية وكذا الطرق التي يمكن أن يتبعها (Seznec,2015).

4-6-التمارين في البيت: إن القيام بالتمارين بالبيت أمر في غاية الأهمية، فهو يساعد العميل على استيعاب ما تم تدريبه خلال الجلسة العلاجية، ويمكن أن تتمثل في تمارين لمراقبة الأفكار، تمارين لرفع الوعي الكامل، تمارين لتوضيح القيم والاندماج في سلوكيات في اتجاه القيم. وإذا رفض العميل

القيام بالتمارين بالبيت فيمكن استخدام هذه الوضعية من خلال دمجها في القيم وسؤاله ما إن كان سلوكه يقربه مما هو مهم أم يبعده عنه (Seznec,2015).

5- المبادئ الأساسية الستة للعلاج بالتقبل والالتزام:

يرتكز العلاج بالتقبل والالتزام على ستة مبادئ أساسية والتي تعمل سويا لإحداث التغيير بحياة الفرد وتعرف باسم "المرونة النفسية"، فكلما ارتفعت المرونة النفسية لدى الفرد أصبح من السهل عليه إحتواء الأفكار والمشاعر المؤلمة، وبالتالي زادت قدرته على القيام بسلوكيات تجعل حياته غنية وذات معنى وفيما يلي شرح تفصيلي لهذه المكونات:

5-1- الدخول في اتصال مع اللحظة الحالية (The Present Moment): يعني أن نكون متواجدين من الناحية النفسية في اللحظة الآنية، بمعنى آخر يعني أن نكون في اتصال بشكل واع مع كل ما يحصل من حولنا في اللحظة ذاتها. وأغلبية الناس يجدون صعوبة في استمرارية الاتصال باللحظة الحالية، فنحن نعلم أنه يمكن الغوص والغرق في أفكارنا بسهولة، وبالتالي نفقد الاتصال باللحظة الحالية، وفي أغلبية الأوقات نحن نقضي وقتا طويلا غارقين في أفكار تتعلق بالماضي أو المستقبل. وبدلا من التركيز على اللحظة الحالية فنحن ننقل بشكل غير واع إلى وضعية الطيران الأوتوماتيكي، وبالتالي نتصرف بشكل آلي عوض الوعي بما يحصل معنا. إن الوعي باللحظة الراهنة يعني أن ننقل تركيزنا بشكل واع إلى ما يحصل حولنا في العالم الخارجي أو ما يحصل بداخلنا في العالم الداخلي أو الشعور بهما في نفس الوقت، وهذا يعني أن ننقل تركيزنا بشكل واع إلى ما يحدث هنا والآن بدلا من الانتقال إلى وضعية التحكم الأوتوماتيكي (Harris, 2017).

5-2- فك الاندماج أو أسلوب الانفصال "Cognitive Defusion": كلما تعاملت مع أفكارك بطريقة مختلفة صار لها تأثير أقل عليك. وكلما تعلمت كيفية الانفصال المعرفي عن الأفكار المؤلمة

والمزعجة تفقد قدرتها على إحداث الخوف، الازعاج، القلق، والضغط أو اشعارك بالكآبة. وكلما تعلمت الانفصال عن الأفكار غير المجدية كالمعتقدات المحدودة، والنقد الذاتي الحاد يصبح لديها تأثير أقل على سلوكياتك (Hariss, 2008).

إن فنيات الانفصال أو فك الاندماج تحاول أن تغير وتبدل الوظائف غير المرغوب فيها للأفكار والأحداث الخاصة الأخرى، بدلا من محاولة تغيير شكلها، أو تغيير حساسيتها الموقفية. بأسلوب آخر يحاول العلاج بالتقبل والالتزام أن يغير الأسلوب الذي يتعامل الفرد به مع الأفكار، أو أسلوب تعلقه بهذه الأفكار، من خلال إنشاء سياقات يتم فيها تقليل الوظائف غير المفيدة لهذه الأفكار (عطية، 2011).

وهناك فرق كبير بين أسلوب فك الاندماج المستخدم في العلاج بالتقبل والالتزام وأسلوب المناظرة المستخدم في العلاج المعرفي السلوكي (نموذج بيك للاكتئاب)، حيث يساعد أسلوب فك الاندماج على انخفاض تصديق المصاب بالاكنتئاب لمحتوى أفكاره الاكنتابية بشكل أسرع بكثير من أسلوب المناظرة المستخدم في العلاج المعرفي السلوكي. والجدير بالذكر أن الهدف من استخدام أسلوب فك الاندماج لا يتعلق بالحاجة لخفض درجة إيمان العميل بالفكرة السلبية، لأنه يمكن أن يحدث فك اندماج بالرغم من إيمان الشخص وتصديقه الكلي بصحة الفكرة. وما يهمنا لا يتعلق بكون الفكرة صحيحة أم خاطئة بقدر ما يهمنا هل هذه الفكر تساعد الشخص أن يكون أقرب لما هو مهم بالنسبة له في الحياة.

ويتم أسلوب الانفصال أو فك الاندماج من خلال عدة مراحل نذكرها فيما يلي:

- المرحلة الأولى: ملاحظة الفكرة - سواء كانت اعتقاداً أو فكرة أو موقفاً أو افتراضاً أو مخططاً معرفياً - ثم نعيد ذكره بوضوح: مثلاً "إذا كانت لديك الفكرة القائلة بأن.../ فإن لديك الإدراك بأن.../ عقلت يخبرك.../ تعتقد أن.../ هذا الفكر يظهر أن... إلخ.

- المرحلة الثانية: عوضاً عن النظر في محتوى الفكرة - هل هي صحيحة أم خاطئة، إيجابية أو سلبية - أنظر إلى ماذا سيحصل لو أنت اندمجت معها. على سبيل المثال كنت تتمسك بأحكام أو تدمج - بفكرة أو معتقد أو افتراض أو موقف - وتركته يسيطر عليك ويتحكم فيك وفيما تفعله برجليك وساقيك ويديك وفمك، وتركته يوجه سلوكياتك أو يؤثر على ما حولك أو الاستيلاء على كل اهتمامك ما رأيك في هذا؟ هل هذا يجعل حياتك أسهل أم أصعب؟ إذا سمحت لهذه الفكرة بتوجيه سلوكياتك فهل حياتك ستكون كما ترغبها أن تكون؟.

في هاتين المرحلتين السابق ذكرهما يكون العميل قد انفصل عن أفكاره السلبية ومعتقداته، وبالتالي لا حاجة لنا لبذل مجهود لمعرفة ما إذا كانت الفكرة صحيحة أم خاطئة، أو الحكم عليها على أنها سيئة أو جيدة.

- المرحلة الثالثة: إذا تمسك العميل بالفكرة السلبية، وقال إنها أمر مفيد وعملي ويسهل تحركاته وما إلى ذلك (كأن يقول العميل المدمن على الماريخوانا أن الماريخوانا تجلب له السعادة)، فيمكننا القول في هذه الحالة: لا توجد مشكلة، دعنا ننتقل إلى شيء يمثل مشكلة (ونرجع لهذه الجزئية لما يكتسب العميل مفهوم أوضح للقيم).

أما إذا اعترف ولاحظ أن أفكاره تمنعه من القيام بما هو مهم، هنا نشجعه على الانفصال عنها من خلال تقنية فك الاندماج، ويمكن أن نقول له شيء مثل: "دعنا نرى كيف يمكنك أن تتفصل عن هذه الأفكار وبالتالي لن تكون فريسة لها، هل سيكون ذلك مفيداً".

- المرحلة الرابعة: عادة يقوم المعالج بخلق نوع من الانفصال أو فك الاندماج باتباع الخطوات الثلاثة السابق ذكرها، ويمكنه بعد ذلك الانتقال إلى تمارين فك الاندماج الأكثر تحديدا والتي سيأتي ذكرها في عنصر لاحق - التمارين والاستعارات في العلاج بالتقبل والالتزام -
والجميل بالذكر أن أسلوب فك الاندماج يساعد العميل على الانفصال عن أفكار قد يعتقد بصحتها تماما. على سبيل المثال: "قد تسقط الطائرة" فلا يمكن مناظرة هذه الفكرة أو دحضها، وذلك كونها صحيحة واحتمالية ورودها ممكنة. وكذلك فكرة "قد يرفضني الآخرون" هنا أيضا يصعب إعطاء ضمانات للعميل أن هذا الأمر لن يحدث، ولكن أسلوب فك الاندماج يسمح للعميل بالتحرك ناحية ما هو مهم في وجود هذا النوع من الأفكار.

إن محتوى الفكرة ليس بالمشكلة في العلاج بالتقبل والالتزام، بل المشكلة تكمن في عملية الاندماج مع الفكرة. إننا لا نختار أفكارنا ولا وقت ظهورها، ومن الواضح أيضا أن لا أحد وجد طريقة لمنع الأفكار غير المفيدة من الظهور، ولكن يمكننا أن نتعلم الاستجابة لها بشكل مختلف عندما تظهر.

وتذكر أنه لا يهم مدى إيجابية أو سلبية الفكرة، فالأفكار الإيجابية قد تكون من غير فائدة والأفكار السلبية يمكن أن تكون قيمة وذلك يعتمد على السياق، وحتى أكثر الأفكار السلبية قد لا تكون مشكلة إذا تعلمنا الانفصال عنها (Harris,2017).

5-3- القبول والاستعداد (Acceptance and Willingness): إن مفهوم القبول والاستعداد يقفان على النقيض من مفهوم التجنب وعدم المرونة النفسية، حيث ينطوي مفهوم القبول على إمكانية تواجد كل الخبرات داخلية كانت أم خارجية، سلبية أو إيجابية، كما هي موجودة لحظة حدوثها دون محاولة تغيير شدتها أو ترددها، وبناء عليه فإن سلوك القبول هو النقيض لسلوك التجنب. أما الاستعداد فهو

عبارة عن سلوك يرتبط بشكل ضيق بوضعية الانفتاح والوعي، والذي يسهل عملية القبول. وهذه الوضعية لا تعني ضرورة تصديق أفكارنا واعتبارها صحيحة. على سبيل المثال (أنا غبي) كما لا تعني الاستسلام، ولكن هي عبارة عن اعتراف بأن العديد من خبراتنا لا يمكن أن تتغير ولا بد من تقبلها مثل ما هي عليه. على سبيل المثال المشاعر التلقائية، الذكريات، الضغوط الخارجية، خيارات الأفراد الآخرين وسلوكياتهم، وأي محاولة منا للتجنب أو الهروب أو التحكم والسيطرة يمكن أن يحد من خياراتنا السلوكية (مثلا أتجنب ركوب المصعد خوفا من نوبة الهلع، مما قد يحرمني من صعود برج عال) وبالتالي تزيد عدم المرونة النفسية لدينا، فالقبول والاستعداد يسمحان لنا بتقبل مختلف الخبرات، مهما كان نوعها أو شدتها والسماح لها بالتواجد بدلا من وضعية الصراع، أي التركيز على القيم وعلى ما هو مهم بالنسبة لنا مع السماح للمشاعر والأفكار السلبية بالتواجد، مما يسهل علينا التعامل معها وفي نفس الوقت العيش ضمن قيمنا (Harris,2017).

يرى راس هريس (Russ Harris,2019) أن مفهوم الاستعداد (willingness) في العلاج بالتقبل

والالتزام له معنيين:

- فهو من جهة يعتبر مرادف لمصطلح التقبل (أو القبول)، أي الاستعداد لخلق أو جعل غرفة لأفكارك ومشاعرك السلبية (وذلك عكس أن تقوم بذلك بشكل قسري أو بدون رغبة منك) والذي يمكن أن نطلق عليه مصطلح (Tolerance).
- ومن جهة أخرى يعتبر صفة تميز السلوك: أي أن يقوم الشخص بالفعل عن طيب خاطر بدل القيام به باستياء وغضب.

إن الخطأ الذي يقع فيه أغليبتنا عندما تظهر الأفكار والمشاعر الصعبة، هو الصراع معها فنحن نتقاتل معها محاولين قمعها أو التغلب عليها، أو أن نهرب بسرعة ونختبأ منها.

إن المرحلة الأولى من عملية الاستعداد هي ببساطة التخلي عن الصراع (drop the struggle):
التوقف عن المواجهة والهروب من أفكارنا ومشاعرنا السلبية (Harris,2019) .

والقبول أو التقبل لا يقصد به الاستسلام السلبي للظروف السلبية، بل على العكس من ذلك يقصد به تقبل الأفكار والمشاعر السلبية المرتبطة بهذه الظروف ومحاولة تغيير ما يمكن تغييره. وهذا على نقيض من مفهوم الاستسلام والخضوع. فعلى سبيل المثال إذا كنت في علاقة حميمة صعبة أو لا تتميز بكثير من المشاحنات فبدلاً من سلوكيات تدمير الذات من قبيل الإفراط في التدخين أو الإفراط في الأكل أو القلق المفرط، يمكن محاولة تقبل ما لا يمكن تغييره وتغيير الأمور التي يمكن تغييرها من خلال التحرك ناحية المهم ألا وهو أهمية هذه العلاقة الحميمة، أو إنهاء العلاقة في حالة تعذر الوصول إلى حلول تسمح باستمرارها وهذا بدل العيش في المعاناة (Harris,2019).

5-3-1- عناصر أو مراحل التقبل: يمكن توضيح عملية التقبل من خلال المراحل الثلاث التالية:

- التعرف (Acknowledge): وترتبط هذه المرحلة بالتعرف على الخبرة الداخلية الصعب ملاحظتها بشكل فضولي وتسميتها دون الحكم عليها (وهي كذلك أول مرحلة من مراحل فك الإندماج).

- السماح (Allow): تأتي هذه المرحلة بعد التعرف على الخبرات الداخلية المؤلمة وهي السماح؛ أي السماح لهذه الخبرات السلبية بالتواجد وفسح المجال لها أن تكون وتبقى، وقد يلعب الحوار الداخلي دوراً إيجابياً في هذه المرحلة على سبيل المثال: (أنا لا أحب هذا الشعور ولكن سأسمح له بالتواجد، أو أنا لا أريد هذا الشعور ولكن سأسمح بتواجده بداخلي).

- الاتساع (Accommodate): هي المرحلة الأكثر تحدياً، وهي مرحلة الاتساع أو فسح المجال للخبرة. على سبيل المثال حاول أن تتخيل ذلك على شكل ضيف غير مرغوب فيه دق على باب بيتك: شخص من الأقارب ليس خطيراً ولكن أنت لا تحبه. وعندما تفتح الباب، تتعرف عليه، وبعد

ذلك يمكن أن تسمح له بالدخول، وإذا سمحت له بالدخول هل ستقوم بالاتساع وتقبل تواجده لدرجة أن تعرض عليه الجلوس وشرب القهوة. إن مصطلح الاتساع (Accommodate) له ثلاث معاني في اللغة الإنجليزية، وكلها مرتبطة مع بعض، المعنى الأول: هو فسخ مساحة كافية، الثاني هو: التكيف مع والمعنى الثالث هو: لتتناسب مع.

فعندما نتسع لفكرة غير مرغوب فيها، أو شعور سلبي، أو دافع، أو شعور جسدي أو ذكرى سيئة فنحن بصدد صنع غرفة أو مساحة بداخلنا لهذه الخبرات السلبية، فنعطيها ما يكفي من المساحة، فنتناسب معها، نسمح لها بالتواجد كيفما شاءت ونتكيف مع فكرة تواجدها معنا (Hariss,2019).

4-5- الأنا كسياق (Self as context): خلال حديثنا اليومي نحن نتكلم عن "الأنا" ولكن دون أن ننتبه أن هذا المفهوم يحمل في طياته معنيين: أولهما هو "الأنا المفكر" والثاني هو "الأنا الملاحظ". كل واحد منا لديه ألفة مع "الأنا المفكر"، أي ذلك الجزء منا الذي يفكر ويحل ويحاول التعامل مع الذكريات، الأفكار، المعتقدات، الأحكام، الرغبات والمخططات.... إلخ، ولكن الكثير منا ليس لديهم ألفة مع "الأنا الملاحظ"، أي الجزء الواعي بما نحن بصدد التفكير فيه فهو الذي يلاحظ كل ما يحصل معنا ونحن نفكر ونخطط ونحل ونشعر في كل لحظة. إن المصطلح العلمي المستخدم في العلاج بالتقبل والالتزام هو "الأنا كسياق" ولكن يقدم للعملاء تحت تسمية الأنا الملاحظ. (Harris,2017).

- لماذا نحتاج لجعل الأنا كسياق بارزا في العلاج بالتقبل والالتزام؟

ما هو الهدف من جعل الأنا كسياق ظاهرا في العلاج بالتقبل والالتزام بما أنه موجود بشكل ضمني في كل من تمارين التقبل وفك الاندماج والاتصال باللحظة الحالية؟

حسناً إذا كنت تلاحظ أفكارك ومشاعرك وسلوكياتك وجسدك والعالم من حولك، بالتالي فإن الأنا كسياق موجود بشكل ضمني في كل ما تقوم به، فهناك جزء منك يقوم بعملية الملاحظة، وهذا الجزء منك هو الذي نطلق عليه مصطلح "الأنا كسياق" أو "الأنا الملاحظ". ويمكن أن نشرح ذلك للعميل بالشكل التالي: "إذا كنت بصدد أكل شوكولاتة فإن الجزء الذي يقوم بذلك هو فمك؛ أو قمت بشم وردة فإن الجزء الذي يقوم بذلك هو الأنف، أما عندما تقوم بملاحظة كل هذه الأشياء التي تقوم بها فإن الجزء الذي يقوم بذلك لا نملك له تسمية في كلامنا اليومي، ولكن يمكن أن نطلق عليه اسم الأنا الملاحظ. وبما أنه موجود ضمناً في كل من التقبل وفك الاندماج أو (الانفصال) والاتصال باللحظة الحالية فهل من الضروري جعله ظاهراً؟

في حقيقة الأمر ليس ضرورياً إلا في الحالات التالية:

- لتسهيل فك الاندماج أو الانفصال، خاصة فيما يخص مفهوم الذات.

- لتسهيل التقبل.

- لتسهيل الاتصال باللحظة الحالية.

- الوصول إلى شعور مستقر للذات.

- الوصول إلى مفهوم الذات السامية.

- الوصول إلى شعور مستقر للذات: يمكن للعميل أن يطور مفهوم غير مستقر للذات وذلك

بسبب التغييرات التي يمكن أن تحدث له وتمس حياته من نوع (عمل جديد، ترقية، البطالة التقاعد)،

تغييرات في الدور (أن يصبح الشخص أبا أو أما، الكبر، أو انتقال الأولاد للعيش بمفردهم)، التغييرات

في الصحة (الأمراض، الإعاقات، الحوادث....)، تغييرات تمس الناحية المادية (الزيادة أو النقصان

الكبير)، حالات الاضطرابات التفارقية، الاندماج مع التغيير السريع للأحكام الذاتية، كما هو معروف عند الحالات البينية على سبيل المثال (التذبذب بين " أنا أم جيدة، وأنا أم سيئة في آن واحد). وفي هذه الحالة فإن القيام بعمل ظاهر ومستقل للأنا كسياق قد يساعد العميل للوصول إلى شعور مستقر للذات، والذي من خلاله يتمكن العميل من ملاحظة التغييرات التي تحدث لأفكاره ومشاعره، التغييرات التي تحدث للأدوار والظروف، تغييرات الحكم على الذات والقصص الذاتية، التغييرات الجسدية والصحية... الخ. والجدير بالذكر أنه يمكن للعديد من العملاء تطوير مفهوم مستقر للذات دون الحاجة للقيام بكل هذا العمل النفسي، ولكن جعل الأنا كسياق ظاهرا يساعد في تطويره بشكل أكثر فعالية.

- الوصول إلى مفهوم الذات السامية: تم تصميم العديد من التمارين والمتعلقة بجزئية الأنا كسياق، وذلك لتطوير مفهوم سامي للذات، حيث تقوم هذه التمارين بتسليط الضوء على فكرة أن هناك ما يفوق جسمك، أفكارك، مشاعرك، ذكرياتك، الأدوار التي تلعبها والاجراءات التي تقوم بها؛ وكل ما سبق ذكره يتغير باستمرار طول حياتك ولكن ذلك الجزء منك الذي يلاحظها لا يتغير وموجود بشكل دائم.

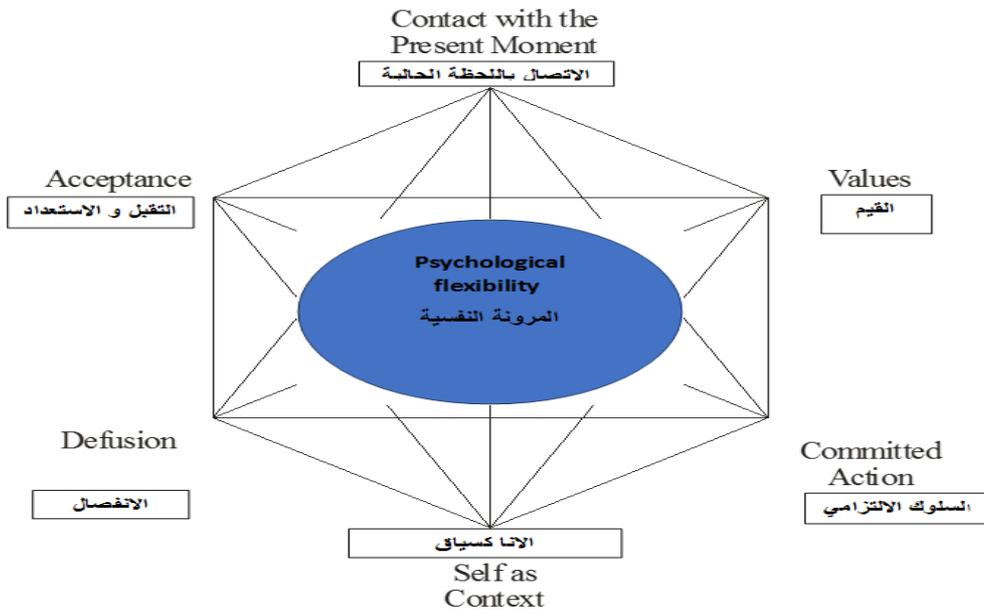
والجدير بالذكر أن تكوين مفهوم أنا سامي من خلال التمارين الظاهرة للأنا كسياق ليس ضروريا، ولكنه يساعد بشكل كبير في العملية العلاجية (قد يكون أمرا ضروريا بالنسبة للناجين من الصدمات)، وقد يمكن تطويره دون اللجوء للتمارين الظاهرة لكنه قد يستغرق وقتا طويلا (Harris,2017). وبناءا عليه فإن الأنا الملاحظ لديه أهمية محورية في العلاج بالتقبل والالتزام، لأنه يمكن الشخص من ملاحظة ما يحدث معه دون أن يكون جزءا من الصراع أو ضرورة الاستجابة لأفكاره ومشاعره السلبية، ويتم الوصول لهذه الدرجة من المرونة من خلال مجموعة من تمارين الوعي الكامل وفك الاندماج (Hayes,2006).

5-5- القيم (values): تمثل القيم كل ما هو مهم بالنسبة لنا في الحياة، فهي أنواع مختارة من التصرفات الهادفة، والتي لا يمكن الحصول عليها كشيء مادي إلا أنه من الممكن أن تكون مطلوبة لحظة بلحظة. ويستخدم العلاج بالتقبل والالتزام العديد من الأنشطة لمساعدة العميل على أن يختار اتجاهات الحياة في العديد من المجالات مثل (الأسرة، المهنة، والجانب الروحي...) (عطية، 2011).

وفي العلاج بالتقبل والالتزام تستخدم القيم كمرجعية للسلوك وكدافع للتركيز على ما هو مهم وعيش اللحظة الحالية ضمن القيم، بدل الصراع سواء مع الذكريات الماضية أو المخاوف المستقبلية. ويتم تشبيه القيم بالبوصله لأنها تحدد لنا الاتجاه الذي يجب أن نسلكه وتوجهنا مدى حياتنا (Harris, 2017).

5-6- السلوك الالتزامي (committed action): إن السلوك الالتزامي هو الحلقة التي تكمل مجمل السيرورة العلاجية والعمليات الست، فبدون السلوك لن يحدث تغيير، فالقدرة على السلوك بشكل مختلف هو عنصر أساسي في كل العلاجات السلوكية. ولا يستخدم العلاج بالتقبل والالتزام السلوك من أجل تغيير السلوك، أو يستخدم السلوك للتخفيف من المعاناة النفسية، وإنما يستخدم السلوك في خدمة القيم أي السلوك الالتزامي ناحية القيم وفي خدمة ما هو مهم بالنسبة لنا في الحياة. وعندما يتحرك الشخص تجاه قيمه فهذا الأمر يجعله يطور سلوكيات فعالة لصالح نموه وتطوره الشخصي، مما يؤدي به للتكيف مع متطلبات الحياة وبالتالي عيش حياة غنية وذات معنى

(Schoendorff, Grand, & Bolduc, 2017).



شكل رقم 2- رسم توضيحي للعناصر الستة للعلاج بالتقبل والالتزام (Stoddard & Afari, 2014)

وهذه العناصر الست يمكن أن نطلق عليها اسم الهيكتافليكس "hexaflex" (Stoddard & Afari, 2014)

6- الوعي الكامل:

6-1- تعريف الوعي الكامل: هو التركيز بشكل واع على اللحظة الحالية وتقبل كل ما فيها، وذلك

دون تقييمه بالجد أو السيء (Koons, 2016). وهو يظهر عندما نوجه انتباهنا وتركيزنا بشكل مقصود

على اللحظة الآنية، وذلك دون أن نحكم على ذواتنا وعلى المواقف. وهو سيرورة واعية تمثل نقيض

مفهوم "أن نكون غارقين في أفكارنا"، فالتركيز يكون موجه على اللحظة الحالية وذلك في وضعية

انفتاح وفضول دون الأخذ بعين الاعتبار ما إذا كان هذا الأمر يبعث على الراحة أو الانزعاج في

اللحظة الحالية. فوضعية "عدم الحكم" هذه تسمح لنا بعدم محاولة الهروب من الوضعية المزعجة أو

الصراع بسببها، وبالتالي فإن المهارة التي يتم اكتسابها من خلال جلسات العلاج النفسي هي عبارة عن

المرونة النفسية.

وبناء على ما سبق ذكره، فإن الوعي الكامل هو عبارة عن مفهوم يعبر عن الوعي واليقظة بمختلف أفكارنا وسلوكياتنا ودوافعنا الخاصة. وترتكز مختلف الطرق التي تؤدي إلى تنمية الوعي الكامل على التأمل، ومن أجل تنمية التأمل يحاول المعالج توجيه العميل للتركيز على عملية التنفس مثلا، دخول وخروج الهواء من الرئتين وحركة البطن أثناء هذه العملية حيث يتعلق الأمر بالتركيز على هدف متحرك، كما يمكن أيضا توجيه تركيز العميل إلى حركة الأمواج أو لهيب شمعة وهو يتحرك. وغيرها من التمارين التي ترفع من عملية التأمل، ولا ينصح بتوجيه تركيز العميل إلى هدف ثابت فذلك قد يؤدي به إلى الرغبة في النوم أو الخوض مجددا في أفكاره.

ومصطلح التأمل في الممارسة التأملية هو عبارة عن تركيز موجه للذات، وتأمل الوعي الكامل هو تقنية تدريب الذهن والتي تتمثل في توجيه هذا الأخير إلى اللحظة الحالية وفحص المشاعر التي تظهر في الوعي في شكل وضعية نفسية خالية من الحكم، أي ملاحظة الأفكار والمشاعر المتواجدة بالوعي دون القيام بردة فعل، سواء كانت هذه الأفكار والمشاعر إيجابية أو سلبية أو حيادية ومن خلال الممارسة اليومية للنشاطات البسيطة كالأكل والحركة ينمي العميل الوعي الكامل لديه (Cuvillier Remacle, 2014).

6-2- بعض الأفكار الخاطئة عن الوعي الكامل: تتمثل في:

- يظن الكثير من الناس أن الشخص الذي يتدرب على الوعي الكامل، يصبح شخصا منفصلا عاطفيا عن العالم المحيط به، وأنه شخص لا يشعر نهائيا بالغضب، ولكن هذه الفكرة خاطئة لأن ممارسة تمارين الوعي الكامل تزيد من اتصال الشخص بالعالم من حوله، وبالتالي الوعي أكثر بأفكاره ومشاعره، والذي يختلف هو ردة الفعل الناتجة عن هذه الأفكار والمشاعر وليس عدم الشعور بها.

- لأجل التدريب على الوعي الكامل لا بد من الإيمان بالديانة البوذية، هذه أيضا من الأفكار الخاطئة والتي يتداولها الناس بشدة، إن ممارسة الوعي الكامل لا تخضع لأي ديانة أو مذهب روحاني، فهي مستشفة من البوذية في بعدها الفلسفي (فن عيش الحياة) وليس من الناحية الروحية (مبدأ التناسخ).

- من الأفكار الخاطئة أيضا أن التأمل يحتاج إلى التفرغ وتكريس عدد كبير من الساعات لتطبيق تمارين التأمل، فالتأمل يمكن أن يتدرب عليه الشخص من خلال السلوكيات اليومية البسيطة أثناء الأكل والحركة اليومية، وذلك من خلال ملاحظة ما يجول في خاطره من أفكار ومشاعر أثناء هذه النشاطات، فتمارين الوعي الكامل لم توجد لتعزل الشخص بل على العكس، فإن هدفها الأساسي هو رفع وعي الشخص باللحظة التي يعيشها بدلا من اجترار الأفكار المتعلقة بالماضي أو التوهان فيما يمكن أن يحصل في المستقبل.

6-3- تطور مفهوم الوعي الكامل في الممارسة العيادية:

لقد زاد اهتمام الباحثين والعياديين بمفهوم الوعي الكامل في سبعينات القرن الماضي، وذلك مع تطور العلوم العصبية محاولة منهم لتطوير علاجات نفسية جديدة تختلف في أساليبها العلاجية عن التحليل النفسي والعلاج المعرفي السلوكي الكلاسيكي.

وذكر الكاتب ماتيو ريكارد في كتابه "فن التأمل": أن عددا متزايدا من الدراسات العلمية بينت أن ممارسة التأمل على المدى القريب (30 دقيقة في اليوم على مدى ثمانية أسابيع) يؤدي إلى خفض الأعراض التالية:

- القلق والضغط؛ والميل للغضب.

- احتمال الانتكاسة لدى الأشخاص الذين عانوا مرتين على الأقل من الاكتئاب الحاد.

- مستوى ضغط الدم عند مرضى الضغط المرتفع.

- مدة نوبات الصدفية (Cuvillier-Remacle,2014,24).

7- الأنا المفكر والأنا الملاحظ:

إن الحياة ماهي الا مسرح، وعلى هذا المسرح تجد أفكارك ومشاعرك كلها وجميع ما يمكنك رؤيته، سماعه، لمسّه، تذوقه وشمه. والأنا الملاحظ هو المسؤول عن الانتباه والإدراك والوعي التام والتمييز. فالأنا الملاحظ هو جزءك الذي يجلس ويلاحظ العرض المسرحي، أما الأنا المفكر فهو المسؤول عن التفكير، التخطيط، التوجيه، المقارنة، الابداع، التخيل، التصور والتحليل. وعندما يستخدم الناس كلمة عقل فهم عادة يقصدون به الأنا المفكر (هاريس و ايسبيت ، 2018).

8-التعاطف مع الذات (self compassion) :

إن الحياة صعبة، والحقيقة المؤلمة هي إذا عشنا طويلا قد نتعرض للكثير من الألم، سيزورنا الألم بشكل مستمر يرتدي ألبسة مختلفة ولكن لا يهم كيفما كان، فهو في النهاية مؤلم والعديد منا لا يجيد احتواء الألم بشكل فعال. وفي معظم الأوقات نستجيب للألم إما من خلال الصراع معه أو محاولة تجنبه، ممكن أن نسمح له بالتحكم فينا أو هزمننا، محاولة إنكاره أو رفضه. أو نقوم بالتوبيخ أو الحكم أو نقد ذواتنا عند ظهوره (Harris,2019).

وهناك استجابة لا تخطر على بال أغلبيتنا عند ظهور الألم ألا وهي: الإقرار بوجود الألم بلطف، ومعاملة ذواتنا بلطف والاهتمام بذواتنا عند ظهوره. وهذا الأسلوب في معاملة الذات يطلق عليه مصطلح " التعاطف مع الذات".

لا يخبرنا أنصار العلاج بالتقبل والالتزام "ACT" كيف ينبغي أن تكون قيمنا سواء كانت صحيحة أو خاطئة أو أي قيمة هي الأحسن بالنسبة لنا، وإنما يساعدوننا على تحديد هذه القيم من أعماقنا. وفي نفس الوقت هناك قيمة تؤثر على كل أبعاد نموذج التقبل والالتزام، ألا وهي التعاطف مع الذات. ويعتبر هذا الأخير مفهوم ضخم ومعقد ومتعدد الأوجه ولا يوجد له تعريف واحد متفق عليه، وإنما يتم تعريفه بطرق متعددة. وإذا أردنا جعل الأمور أبسط يمكننا تعريفه كالاتي: نعتزف بالألم ونستجيب له بلطف (Harris,2019).

ويمكن القول أيضا أن التعاطف مع الذات ينطوي على الحساسية لتجربة المعاناة، إلى جانب الرغبة العميقة في التخفيف من تلك المعاناة. وترى نيف (Neff (2003) أن التعاطف مع الذات يحوي ثلاثة عناصر أساسية : اللطف في معاملة الذات، الشعور بالإنسانية والوعي التام (Neff K. D., 2003).

8-1- اللبانات الست للتعاطف مع الذات:

8-1-1- التعرف على الجرح: دعنا نأخذ الوقت الكافي لنعترف أننا نتألم: لنلاحظ ونسمي أفكارنا ومشاعرنا الصعبة ومختلف المواقف التي تثيرها. وهذا جزء ضروري للانتباه المرن، وفي كثير من الأحيان ننقل لوضعية التجنب -إلهاء أنفسنا- أو تخديرها محاولين بذلك الإفلات من الألم بأساليب غير فعالة.

8-1-2- كن إنسانا: دعونا نعتزف أن الألم هو جزء طبيعي من الإنسان، وأن أفكارنا ومشاعرنا المؤلمة هي ليست بالعلامات للضعف، أو الخلل، أو المرض العقلي. وإنما هي تذكير لنا بأننا مجرد بشر ونهتم، وهذا ما يشعر به الإنسان عندما يواجه صعوبات الحياة (Harris,2019).

8-1-3- توقيف النقد الذاتي: عندما نتعرض للفشل أو الرفض أو نقوم بخطأ ما، أو عندما نلاحظ ذواتنا نسلك بشكل لا نحبه أو نؤمن بأننا ساهمنا في فجوة واقعنا. فماغنا بشكل طبيعي يلجأ لجلد

الذات، وكأن دماغنا يحب سحب عصا كبيرة وضربنا بها عندما يجدنا واقعين أرضاً. فيمكن أن يخبرنا أننا لسنا أقوياء بما فيه الكفاية، أو أنه كان من المفروض علينا احتواء الأمر بشكل أفضل، أو أن الآخرين في حال أسوأ من حالتنا، وبالتالي لإيجاد سبب لتذمرنا. فقد يقول لنا دماغنا كل ذلك ليتحكم فينا، ويمكن كذلك أن يخبرنا بأننا مثيرين للشفقة أو لا بد أن لا نلوم إلا ذواتنا بسبب ما حصل. وإذا كنا في إحدى هذه الحالات لا بد من استخدام مهارات فك الاندماج لنخلص ذواتنا من النقد الذاتي.

8-1-4-أمسك ذاتك بلطف: إن في صميم التعاطف مع الذات نجد قيمة العطف. عندما تكون الحياة صعبة، وعندما نكون في ألم كبير، نحتاج إلى الدعم والعطف أكثر من أي وقت آخر. وبناء عليه فلنعامل ذواتنا بلطف وتعاطف، ونزود ذواتنا برسائل دعم وعطف. دعونا نعتي بأنفسنا بلطف حقيقي وذلك بحركات وأفعال حكيمة، والتي يمكن أن تساعدنا على اجتياز الأوقات الصعبة؛ وفي نفس الوقت الاهتمام بذواتنا وراحتنا الشخصية.

8-1-5- اجعل غرفة بداخلك للألم: عندما نتدرب على سلوك الانفتاح وفسح المجال لأفكارنا ومشاعرنا المؤلمة، فهذا عبارة عن سلوك العطف على الذات في حد ذاته. فهي تحرر وقتنا وطاقتنا وبالتالي نتمكن من استثمارات طاقاتنا لتحسين حياتنا وذلك بدلا من الصراع مع الألم.

8-1-6- أن ترى نفسك في الآخرين: إذا نظرنا حولنا بانفتاح، سنلاحظ أن كل واحد حولنا يصارع ويتألم بطريقة شبيهة تماما لما يحصل معنا، وإذا تمكنا من التعرف والتعاطف مع ألم الآخرين والاعتراف بأنه جزء من الطبيعة الإنسانية، ونقدّر أن الحياة تؤلم الجميع، تمكنا بذلك من تطوير مفهوم للإنسانية المشتركة، مفهوما يوضح أننا لسنا الوحيدين في معاناتنا وأنها جزء من أمر أكبر بكثير (Harris,2019).

9- الاستعارات والتمارين في العلاج بالتقبل والالتزام:

يرى هذا التيار العلاجي أن عدم المرونة النفسية هي جوهر المعاناة الإنسانية، وهي تنشأ أساساً من خلال التشابك مع القواعد اللفظية وفخاخ اللغة. ومن خلال المكونات الستة للعملية العلاجية يتعلم العميل التخفيف من أثر اللغة الحرفية، مما يؤدي به إلى أداء سلوكيات في اتجاه قيمه بدلاً من أن يكون مدفوعاً بواسطة خبرات ومشاعر داخلية سلبية. وإذا كانت اللغة هي جوهر المعاناة الإنسانية فكيف للعلاج القائم على التواصل اللغوي أن يحرر الإنسان من المعاناة؟

بطبيعة الحال ليس هناك حل لضرورة استخدام اللغة اللفظية، ولكن العلاج بالتقبل والالتزام يحاول أن يحتوي بعض المشاكل الكامنة في اللغة؛ وذلك بالابتعاد عن الحوار التقليدي وجعل المقابلة العيادية تتجه أكثر إلى الناحية التجريبية من خلال استخدام تمارين الوعي الكامل، والذي من خلاله يطلب من العميل ملاحظة أفكاره ومشاعره أثناء حدوثها خلال الجلسة العلاجية وخارجها. بالإضافة إلى استخدام العديد من الاستعارات والتمارين التجريبية، والتي تساعد العميل على فهم هذه المقاربة العلاجية بشكل تجريبي أكثر منه ذهني (Stoddard & Afari, 2014).

9-1- استعارة الغرفة المليئة بالشريط اللاصق: إن استعارة الغرفة المليئة بالشريط اللاصق تسلط الضوء على الثمن المدفوع الناتج عن التجنب التجريبي، ومحاولة التحكم والسيطرة. في هذه الاستعارة تمثل الضوضاء الأفكار والمشاعر المثيرة للقلق، أما الشريط اللاصق فهو يمثل محاولة التجنب أو التحكم والسيطرة. ويتم عرضها على العميل بالشكل التالي:

"...حاول أن تتخيل حياتك كغرفة، في يوم من الأيام لاحظت أن في زاوية السقف مكان ينزل منه قطرات ماء، صوت الماء وهو ينزل من السقف يشعرك بالعصبية، فرغبت في التخلص منه فقامت بإصلاح التسرب باستخدام شريط لاصق، وكان لك أن تتمتع بالراحة لفترة معينة. ولكن بعد فترة

قطرات الماء وجدت طريقها إلى خارج الشريط اللاصق مجدداً، بالتالي عاد الصوت المزعج فقت بوضع شريط آخر فعاد الهدوء. وهكذا كل ما تسرب الماء قمت بوضع الشريط مكان التسرب. وبطبيعة الحال، حالة الهدوء والراحة لم تكن تستمر طويلاً لأن قطرات الماء كانت تجد طريقها كل مرة، ولكن مادام في متناولك الشريط اللاصق وهو ليس بالأمر المكلف، فكل ما عليك هو إغلاق كل مخرج وبذلك تستطيع الاستمتاع بالهدوء لفترة معينة، قد تستمر لشهور أو لسنة. ولكن في يوم من الأيام لاحظت أن الغرفة صارت عبارة عن فوضى من الشريط اللاصق، وأن مجال تحركك بداخل الغرفة صار ضيقاً أكثر فأكثر وقطرات الماء كانت تجد طريقها في كل مرة (Stoddard & Afari, 2014).

9-2- استعارة البائع: من خلال هذه الاستعارة يفهم العميل أن دماغه أو خياله يملئ عليه العديد من الأشياء وهو يصدقها ويأخذها محمل الجد، ولكن في النهاية العميل هو الذي يدفع الثمن. وتقدم استعارة البائع كالاتي:

"تخيل نفسك جالسا ببيتك، ورن جرس الباب، وعندما فتحت الباب وجدت بائعا يحمل أشياء مختلفة، فعرضها عليك فقتم بشراء كل الأشياء التي كانت معه؛ وبطبيعة الحال أنت من سيدفع ثمن المقتنيات، ولكن المشكلة هل أنت تحتاج إلى كل ما اشتريته؟ والجواب ممكن لا. ولكن دماغك أخبرك أنك تحتاجها، وأنت ستدفع ثمنها وهكذا بالنسبة لأفكارك. دماغك يبيع لك أفكار من نوع "أنت غبي"، "أنت فاشل"، "لن تستطيع القيام بهذا العمل"، "أنت حزين وبائس"... وغيرها من الأفكار السلبية. ولو أنك اشتريت هذه الأفكار وصدقتها، فإنك ستدفع الثمن، هل أنت مستعد لدفع الثمن؟ (Schoendorff, Grand, & Bolduc, 2017).

9-3- استعارة النمر الجائع: هذه الاستعارة تساعد العميل على إدراك مفهوم التجنب وكيف يمكن أن يكون سبب في سوء حالته، ويمكن تقديمها كالاتي:

"تخيل أنك فتحت باب بيتك، فوجدت نمرا صغيرا جائعا. وكان يصدر أصواتا مزعجة ومخيفة، فقررت إطعامه لكي يهدأ، بعد اطعامك له هدأ النمر الصغير وارتحت من صوته المزعج المخيف. ولكن لأنه أكل وشبع فهو كبر وجاع أكثر، وأصدر أصواتا مزعجة ومخيفة أكثر. وأنت كنت في كل مرة تطعمه لكي يتوقف كنت تتعم بالهدوء لفترة، ولكنه كان في كل مرة يشعر بالجوع أكثر إلى أن صار نمرا كبيرا جالسا عند باب بيتك كيف لك أن تتصرف؟

هكذا الخوف كل ما تجنبت الشيء المخيف سوف تترتاح لفترة، ولكن بهذا السلوك جعلت هذا الخوف يكبر وبالتالي سيعيقك عن التحرك بحرية (Hayes & Smith , 2005).

9-4- استعارة الحمام البارد: لا بد أن يستوعب العميل أن هناك بعض المشاعر تصبح مشاعر طبيعية في وضعيات معينة، فمثلا الخوف من الأماكن المغلقة من الطبيعي أن يشعر الشخص بالخوف لوجوده في مكان مغلق. والشعور بالحزن هو شعور طبيعي في حالة الاكتئاب، وهنا يمكن سؤال العميل ماذا تتوقع أن تشعر وأنت مكتئب، هل تشعر بالسعادة أم أن الشعور بالحزن هو الشعور الطبيعي بالنسبة لحالتك. نفس الشيء بالنسبة للمخاوف، ماذا تتوقع أن تشعر لو أنك في مكان مغلق وأنت تعاني من خوف من الأماكن المغلقة؟ ويمكن تسهيل استيعاب هذا المبدأ وكيفية السلوك الأمثل باستخدام استعارة الحمام البارد كالاتي:

"تخيل أنك دعيت لحفل زفاف أعز أصدقائك، وعندما عدت للبيت لتجهز نفسك أردت أن تأخذ حماما فوجدت سخان الماء معطوبا، بالتالي أنت في وضعية ذات خيارين: الأول أن تتقبل برودة الماء لمدة عشر دقائق، ثم تلبس ملابس نظيفة وتتأنق وتذهب للحفل وتستمتع بليلتك. أو تقرر عدم الاستحمام وتلبس ملابسك وتتوجه للحفل، ولكن تبقى منزعج طول فترة العرس لأنك خائف أن ينتبه الآخرون أنك غير نظيف، وهناك رائحة سيئة تفوح منك. ماذا ستختار؟

الأمر نفسه يحصل بالنسبة لمشاعرك السلبية فإذا تقبلت شعورك المزعج لفترة بسيطة، ولم تحاول الهروب مما تشعر به سترتاح لبقية حياتك، أما إذا قررت تجنب أي مكان يشعرك بالإنزعاج فأنت ستبقى مزعج مدى الحياة. ولو أسقطنا هذا الشيء على مخاوف الأماكن المغلقة، فإن تقبل الشعور بالخوف أثناء التواجد بالمكان المغلق لفترة قصيرة سيجعلك تترتاح لاحقاً، لأن هذا الشعور هو عبارة عن الحمام البارد وهو سيتلاشى. أما إذا قررت أن تتجنب كل الأماكن المغلقة فهذا سيدعم الشعور السلبي ويجعل حياتك أصعب (McCormack, n.d.).

9-5- استعارة شد الحبل: يمكن استخدام هذه الاستعارة لمساعدة العميل على استيعاب فكرة مفادها أن الصراع مع الألم الذي يشعر به لن يحل مشكلته ويمكن استخدامها بالشكل الآتي:

"إن ما يحصل معك يمكن أن نشبهه بلعبة شد الحبل، تخيل أنك تلعب في لعبة شد الحبل مع وحش كبير ومخيف وقبيح (وهذا الوحش يمكن أن يمثل الاكتئاب، أو القلق، أو الخوف، أو الذكريات السلبية والمحبطة أو الألم الجسدي)، ويبدو الأمر وكأنك غير قادر على الفوز على هذا الوحش، فكلما حاولت أن تشد بقوة شد هو الحبل بقوة أكبر، والمشكلة أن بينكما حفرة عميقة جداً وكل مرة تحاول أن تشد الحبل أكثر يسحبك هو بقوة أكبر لحافة هذه الحفرة، إلى أن وجدت نفسك على الحافة وخارت قواك ماذا ستفعل؟ كل ما عليك هو ترك الحبل وأن تخرج نفسك من هذه المعركة بدل السقوط بقاع الحفرة؛ لأنه ليس المطلوب منك ربح هذه الجولة، بل المطلوب منك أن تجد وسيلة لترمي الحبل"

(Harris,2017).

9-6- استعارة مذياع الكوارث: تخيل أنه يوجد بجانبك مذياع وظيفته الأساسية هو إذاعة الكوارث، معكم راديو الكوارث: "أولاً سوف نعيد بث برنامج جرح من الماضي، ثم يليه برنامج مواكبة أحداثنا السيئة، ثم يعقبه برنامج توقعات الأحزان...." والمشكلة أنك لا يمكنك إطفأؤه. وفي الحقيقة كلما

اجتهدت في المحاولة زاد صوته علواً. "تخيل أنك تقول له اصمت، اصمت، اصمت، اصمت " فيكون الرد: "هناك المزيد والمزيد من الكوارث".

لذا إذا أذاع راديو الكوارث قصة مفيدة إرفع صوته ودعه يوجه أفعالك، أما إذا أذاع قصة غير مفيدة، فلتدعه يثرثر وحسب في خلفية دماغك. وهذا لا يعني أن تدخل في مناظرة مع الراديو، مثلاً لو قال: "الحياة مقبّية" فلا تقل له "لا ليست كذلك"، أو أن تحاول تجاهله: "أنا لا أتحدث معك "...." لا أستطيع سماعك "..... بل أن تدعه يثرثر فقط وتتشغل بما تؤديه (هاريس و ايسبيت ، 2018).

9-7- استعارة الجثة: تستخدم هذه الاستعارة للتوضيح للتعامل مع ما يشعر به شيء طبيعي وإنساني. وتستخدم عادة هذه الاستعارة في مرحلة وضع الأهداف العلاجية، فأغلبية العملاء تكون لهم مطالب من نوع "لا أريد أن أشعر بالقلق، أو الخوف، أو الحزن، أو الضيق... وغيرها من الانفعالات السلبية التي دفعتم للبحث عن العلاج، ويتم تقديمها بالشكل التالي:

هل تعرف الجثة؟ هل تظن أن الجثة تشعر بالخوف أو القلق أو الضيق؟ هل تتوتر الجثة؟ هل تغضب الجثة؟ هل تحزن الجثة؟ ما رأيك هل الجثة تعيش أصلاً؟ هل تريد أن تعيش وتحيا مثل الجثة؟ هل أنت جثة أم على قيد الحياة؟..... مادمت على قيد الحياة فإن الإنسان يخاف، يقلق، يتوتر، يحزن، يغضب... إلخ (Hayes, 2019).

9-8- استعارة آلة الأسباب والمسببات: حيث تقوم هذه الآلة بإعطائك قائمة بالأسباب التي يجب أن تكون، حتى تتمكن من القيام بأمر ما، أو التي ستمنعك من القيام به.

9-9- استعارة الضيف غير المرغوب فيه: تخيل أنك تريد إقامة حفل كبير، أين يمكنك أن تدعو كل الأهل والأصدقاء. ولكن عندك مشكلة، هناك فرد من عائلتك لا ترغب أن يلتحق بعزومتك وذلك لكونه

شخصية حشرية، صوته مرتفع، رائحته كريهة، ومن وجهة نظرك من الأحسن ألا يلتحق بالعزومة كي تسير الأمور على ما يرام. أقيمت الحفل بالفعل، وانضم إليك كل الأهل والأصدقاء، وأنت في قمة السعادة بتواجدهم معك، إلى أن رن جرس الباب، فنظرت من العين السحرية فوجدت الضيف غير المرغوب فيه ماذا ستفعل؟

في هذه الحالة عندك أربعة حلول:

- الحل الأول: لن تفتح الباب ولكن حسب علمي بهذه الشخصية سوف يصرخ بصوت عال، ويجعل الجميع يعرف أنك لم تدعه إلى الحفل.
- الحل الثاني: تفتح الباب ولكن تحاول أن تشرح له أهمية هذه الحفل بالنسبة لك، ولكن أنا أتوقع نفس النتيجة الأولى لأنه غاضب منك.
- الحل الثالث: تسمح له بالدخول ولكن تستمر في مراقبته، ذهب يمين، ذهب يسار، أزج هذا، تدخل في شؤون ذلك. هل حضرت لحفلك بهذا الشكل؟
- الحل الرابع: تفتح له الباب وترحب به وتعتذر أنك لم تدعه، وتطلب منه الالتحاق بالضيوف ومائدة الطعام وتذهب أنت للاهتمام بضيوفك.
- أي حل سوف تختار؟

أغلبية العملاء يختارون الحل الرابع، وهنا نشرح للعميل أن هذا الضيف هو أفكاره ومشاعره السلبية، فهي تحضر من غير سابق إنذار، في أي وقت، مزعجة، لا نحبها، ولكن إذا حاولنا أن نغلق الباب في وجهها، أو التحكم فيها أو مراقبتها فهي ترتفع، إذن من الأسهل تقبلها والاندماج فيما يهمنا في اللحظة الحالية (Hayes, 2019).

9-10 - استعارة الدكتاتور: كلنا نعرف ذلك الصوت الداخلي الناقد والمتممر، فيمكن اعتباره بمثابة مستشار شخصي داخلي أو ناقد أو حَكَم. هذا الصوت الداخلي قد يكون مفيدا جدا إذا تعلمنا أن نروضه. ولكن إذا تركناه بدون ترويض فهو يستحق لقب الدكتاتور بجدارة، حيث يصبح بقوة دكتاتوري فعلي. يمكن لهذا الصوت الداخلي أن يخبرنا الكثير من الأشياء الإيجابية مثل: "عمل ممتاز"، مما يؤدي إلى ارتفاع ثقتنا بذاتنا. ويمكن أيضا أن يطمئنا أن الأمور السيئة التي حصلت لم تكن غلطتنا. كما يمكن أن يخبرنا كم نحن أنكفاء ومجهدين. أو يمكن ببساطة أن ينقلب ضدنا فيخبرنا أننا سيئين، أو ضعفاء أو أغبياء. يمكن أن يخبرنا أننا يائسين أو أن الحياة لا تستحق العيش. وسواء كان هذا الصوت الداخلي إيجابيا أو سلبيا فهو لا يستحق أن نسمح له بأن يتحكم فينا. والخطر في الأمر أننا ننسى أنه مجرد صوت داخلي، فيقوم بصياغة قصص عن نكون، وكيف نقارن ذاتنا بالآخرين، كيف يفكر الآخرون فينا، وما المطلوب منا القيام به لكي نكون بخير. إن الدكتاتوري ثابت جدا وسلس لدرجة أننا نندمج معه، أو نعرف ذاتنا إنطلاقا منه. وإذا بحثنا أعمق نجد أن هذا الصوت هو صوتنا الداخلي، هو أفكارنا أو ذاتنا الفعلية، ولذلك نطلق عليه مصطلح "الأنا". حقيقة الأمر هو القصة التي لدينا عن ذاتنا، وفي كثير من الحالات نندمج مع قصة ذاتنا هذه لدرجة نستجيب فيها لإملاءات هذا الصوت بشكل حرفي.

9-11 - نقطة الاختيار (Choice Point): هي عبارة عن وسيلة تستخدم في العلاج بالتقبل والالتزام

والتي تقدم لنا نظرة شمولية عن كيفية استخدام هذا النموذج من العلاج.

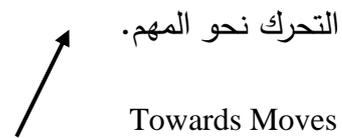
إن نقطة الاختيار هي عبارة عن وسيلة تساعدنا على تحديد المشكلة بشكل سريع وتحدد لنا

سبب المعاناة، والطريقة التي سوف نتبعها لمعالجة المشكلة. ويمكن استخدام هذه الوسيلة في أي

مرحلة من مراحل العلاج، وكذلك يمكن استخدامها لعدة أغراض. وعادة يمكن تقديمها في أول جلسة أثناء تقديم الموافقة المستنيرة وذلك بالشكل التالي:

المعالج: "هل تسمح لي أن أرسم شيء ما بإمكانه مساعدتنا على تحديد ما سوف نقوم به، سوف يكون بمثابة الطريق الذي سنسلكه خلال جلسات العلاج (ياخذ المعالج ورقة وقلم). حسنا أنت وأنا وأي شخص آخر على وجه هذه الكرة الأرضية، نقوم دائما بفعل شيء ما، إما نأكل، نشرب، نمشي، نتكلم، ننام، نلعب -عادة ما نقوم بفعل ما حتى لو كنا فقط نحقق بالحائط- فهو يعد أيضا قياما بشيء ما، أليس كذلك؟ وبعض هذه الأشياء التي نقوم بها هي أشياء مفيدة جدا، فهي تساعدنا للتحرك نحو حياة أفضل. وهذه الأشياء أطلقت عليها اسم: التحرك ناحية المهم (Towards Moves). ويمكننا القول أن التحرك ناحية المهم هي كل الأفعال والحركات التي نريد القيام بها أو نقوم بها بشكل أكبر فتقربنا ناحية المهم.

ويمكن القول أن (التحرك ناحية المهم) هي مختلف السلوكيات التي سوف نقوم بها، أو نقوم بها بشكل أكبر إذا نجح عملنا خلال جلسات العلاج النفسي. ويقوم المعالج برسم خط ويكتب أعلاه:

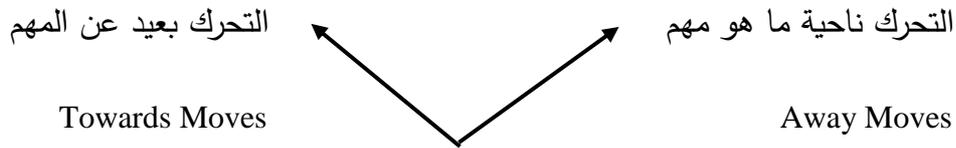


ويستمر المعالج بشرح هذه الجزئية بالشكل التالي: "عندما نقوم بسلوكيات اتجاه ما هو مهم فهذا يعني أننا نسلك بشكل فعال، أي أننا نسلك مثلما نود أن نسلك حسب نموذج الصورة المثالية التي في أذهاننا، نقوم بالأشياء التي تعطي للحياة معنى وإنجاز. ولكن المشكلة أن هناك أشياء أخرى نقوم بها ولها نتيجة عكسية، فهي تبعدنا عن الحياة التي نرغب في بنائها، وهذه الأشياء سوف نطلق عليها اسم (التحرك بعيدا عن المهم (Away Moves)، وعندما نقوم بسلوكيات (التحرك بعيدا عن المهم) هذا يعني

أننا نسلك بشكل غير فعال، نسلك عكس الشخص الذي نود أن نكون عليه، أي نحن بصدد القيام بأشياء تجعل الأمور أسوء على المدى البعيد.

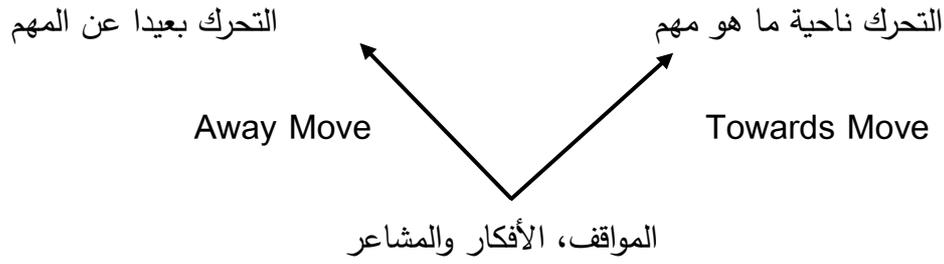
وبشكل مبسط (التحرك بعيدا عن المهم) هي مختلف السلوكيات التي سوف نتوقف عن القيام بها لو نجح العمل الذي نقوم به خلال جلسات العلاج (Harris,2019).

وهنا يقوم المعالج برسم الخط الثاني ويكتب فوقه (التحرك بعيدا عن المهم) (Harris,2019).



ويستمر المعالج: "وهذا ينطبق علينا جميعا، أليس كذلك؟ خلال حياتنا اليومية إما أن نكون بصدد القيام بسلوكات تقربنا ناحية المهم، أو أننا نقوم بسلوكيات تبعدنا عما هو مهم بالنسبة لنا، وهذا الأمر يتغير من لحظة إلى أخرى، وعندما تكون الأمور على ما يرام ونحصل على ما نريده في الحياة، يكون من السهل علينا القيام بسلوكات تحركنا ناحية ما هو مهم، ولكن نحن نعلم تماما أن هذه الحياة ليست بهذه السهولة، فالحياة قاسية وفي الكثير من الأحيان فنحن لا نحصل على ما نريده وبالتالي خلال يومنا نحن معرضين لكثير من المواقف الصعبة ونتاجا لذلك تظهر لدينا العديد من الأفكار والمشاعر السلبية (Harris,2019).

في أسفل الرسم البياني يكتب المعالج (المواقف، الأفكار، المشاعر)؛ ويمثل مصطلح الأفكار والمشاعر كل من الأفكار، المشاعر، الأحاسيس، الذكريات، المعتقدات، الرغبات، الإندفاعات، أي كل الخبرات الداخلية واختصارا تم الإشارة لها بالأفكار والمشاعر".



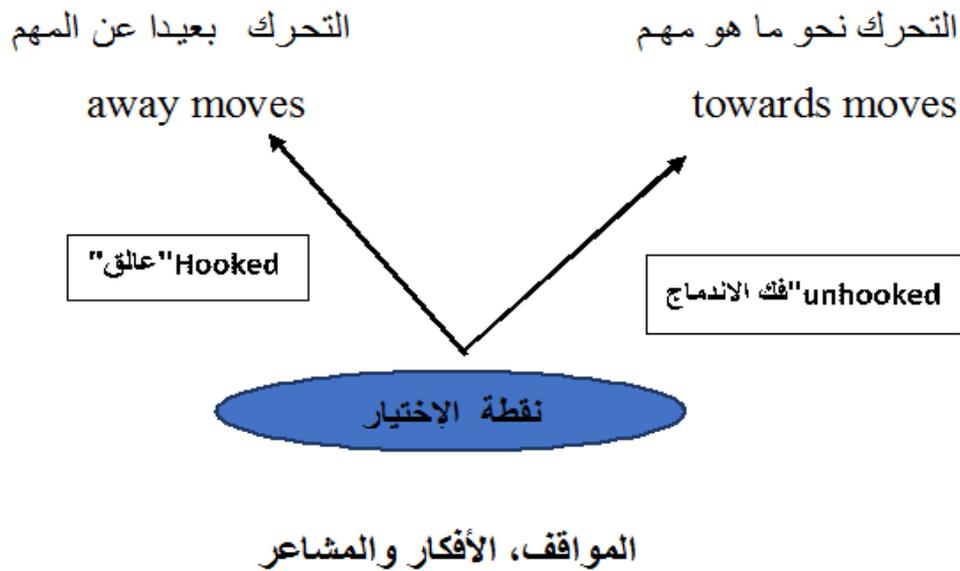
وهنا يكمل المعالج بالشكل التالي: "إن المشكلة تكمن فيما يلي؛ بالنسبة لأغلبيتنا فإن ظهور

الأفكار والمشاعر الصعبة تؤدي بنا إلى ان نعلق بها وتجربنا وتسحبنا معها، هل تفهم ما أعنيه؟".

قد يؤدي بنا الأمر عندما نعلق في الأفكار والمشاعر السلبية إلى أن ينعكس ذلك على الجانب الجسدي، فقد تجد نفسك عالقاً جسدياً أيضاً، وعليه تبدأ بالتصرف أو القيام بسلوكيات بأسلوب مختلف بذراعيك، ورجليك، وحتى ما تتفوه به. أو قد تستحوذ على انتباهك فبدلاً من التركيز فيما تقوم به في اللحظة الحالية، تجد نفسك تائها في عالمك الداخلي. إن الجميع يقومون بهذه السلوكيات والتي تبعدنا عن المهم وهذا أمر طبيعي، ولكن عندما تحدث بشكل مكثف تخلق مشكلة كبيرة وكل المشاكل النفسية التي نعرفها – كالقلق، الخوف، الاكتئاب وغيرها، كلها تنتج عن هذا المفهوم ألا وهو: عندما نعلق في أفكارنا ومشاعرنا السلبية فإننا نقوم بتصرفات تبعدنا عن المهم بالنسبة لنا في الحياة (away moves) (Harris,2019).

وبالرغم من ذلك، هناك بعض الأوقات بإمكاننا تخلص ذواتنا من هذه الأفكار والمشاعر الصعبة، ونتمكن من القيام ببعض السلوكيات التي تحركنا نحو ما هو مهم بالنسبة لنا في الحياة. وبقدر ما تمكنا من القيام بذلك، بقدر ما تتحسن حياتنا. وفي هذه الأثناء يقوم المعالج برسم دائرة أسفل الرسم ويضع فيها عبارة تقول: "نقطة الاختيار Choice Point" وناحية سهم اليسار يكتب "عائق" في الأفكار والمشاعر السلبية، أما ناحية اليمين فيكتب "خُص نفسك من الأفكار والمشاعر السلبية"، وهنا يقوم المعالج بالشرح للعميل ما يحدث في المواقف الصعبة بالشكل الآتي: "حسناً، عندما نكون في

المواقف الصعبة، والتي تعتبر بمثابة تحدي وتظهر لدينا مختلف الأفكار والمشاعر السلبية، فلدينا دائما خيار، كيف سنستجيب لها؟ كلما علقنا في أفكارنا ومشاعرنا السلبية، كلما ابتعدنا عن ما هو مهم بالنسبة لنا في الحياة. وكلما تمكنا من تخليص ذواتنا من هذه الفخاخ، كلما تحركنا نحو ما هو مهم بالنسبة لنا في الحياة. وهنا يكمل المعالج كالاتي: "وإذا أردنا أن نتمكن من السلوكيات التي تحركنا نحو ما هو مهم علينا القيام بأمرين أساسيين: أولا أن نتعلم مهارات تساعدنا في التخلص من فخاخ الأفكار والمشاعر السلبية، ثانيا لا بد أن يكون المهم بالنسبة لنا واضحا لكي نتحرك نحوه وإذا تمكنا من القيام بما سبق ذكره، يصبح من السهل علينا اختيار الكيفية التي نستجيب بها لأفكارنا ومشاعرنا السلبية.



الشكل رقم 3- يوضح نقطة الاختيار (Harris,2019)

9-12- تمرين عدم فعالية السلوكيات الهروبية والتجنبية: عليك أن تدون قائمة بالأفكار والمشاعر التي تود التخلص منها. ثم دون قائمة بكل الطرق التي استخدمتها حتي الآن لتجنبها أو التخلص منها

(مثل المخدرات، الأدوية، الأطعمة، التسويق، وتجنب المواقف الصعبة وغيرها). هل نجحت هذه الاستراتيجيات معك على المدى الطويل؟ وكم كلفتك؟ (هاريس وايسبت، 2018).

9-13- تمارين الانفصال وفك الاندماج:

9-13-1- الطرق الثلاثة للانفصال (Three Ns): يجد العديد من المعالجين صعوبة في اختيار

التمرين المناسب للانفصال أو فك الاندماج وذلك لكثرة هذه التمارين وتنوعها ولهذا قدم راس هريس

(Russ Harris) ثلاث خطوات أساسية تساعد المعالجين في الانتقال بشكل مرن من الأبسط إلى

الأعمق وهي كما يلي:

- **الملاحظة (Noticing):** إن كل تقنيات الانفصال والتقبل تبدأ بملاحظة الأفكار والمشاعر التي

ندمج معها وذلك من خلال سلوك الانفتاح وحب الاستطلاع.

- **التسمية (Naming):** إن أغلبية تقنيات الانفصال والتقبل تدمج تسمية الأفكار والمشاعر السلبية

بدون الحكم عليها على سبيل المثال: "الدكتاتوري، راديو الكوارث، قصة لست جيدا بما فيه الكفاية،

دماغي يخبرني، الأنا المفكر" والمراد به هنا هو تحديد الخبرة الشخصية "التفكير"،

"الشعور"، "المخاوف"، "القلق"، "الحزن"، "أنا لدي فكرة أن"، "أنا أشعر أن" ... إلخ

- **إزالة المفعول (Neutralizing):** ويحدث ذلك من خلال نقل الفكرة أو الشعور إلى سياق جديد، أين

لا نكون في حرب مع هذه الفكرة ولا مهددون من طرفها، حيث يمكن أن نلاحظها بشكل جديد مما

يؤدي إلى إزالة مفعولها علينا. وتتضمن مرحلة إزالة المفعول كل تقنيات الانفصال من مثل "تغني

الفكرة"، "نقول الفكرة بطبقات صوتية مضحكة"، أو نتخيل شخصية كرتونية تخبرنا إياها"، أو

على أنها خبر من الراديو"، أو مكتوبة في خلفية شاشة الكمبيوتر"، أو نكتبها على ورقة لكي نراها

بأنها مجرد كلمات".

وكذلك يمكن أن تتمثل في مختلف التمارين على مستوى الخيال: "كأن نكتب الفكرة على السحاب"، "أو على ورقة شجر والتي تسقط في النهر ويجرفها الماء بعيداً"، "أو نضعها في قطار ونلاحظها كيف تبتعد"، "أو مجرد ملاحظتها على أنها أشياء تمر بجانبنا".

كما تتضمن مجموعة التدخلات أين ننظر للفكرة على أساس وظيفتها، من خلال الانفتاح وحب الاستطلاع، فمثلاً يمكن أن نسأل العميل: إذا سمحت لهذه الفكرة أن توجهك إلى أين ستأخذك؟ هل ستتحرك نحو الحياة التي ترغب بها أم تتحرك بعيداً عنها؟

إن أي تقنية من تقنيات فك الاندماج سوف تحتوي العناصر الثلاثة السابق ذكرها (three Ns) وهي كلها تخدم نفس الهدف: الإستجابة لأفكارنا ومشاعرنا السلبية بمجموعة أكبر من السلوكيات المرنة والتي تمكننا من بناء الحياة التي نريدها (Hariss,2018).

9-13-2- أسلوب فك الاندماج البسيط: اختر فكرة مزعجة، وكررها بصمت، وضع هذه الكلمات أمامك "أنا لدي الفكرة.." والآن جرب تكرارها مرة أخرى مع هذه العبارة: "ألاحظ أن لدي فكرة أنني...." هل تشعر أن الفكرة فقدت بعضاً من تأثيرها؟

يمكنك استخدام أسلوب فك الاندماج البسيط هذا في تخليص نفسك من أي فكرة، سواء كانت صحيحة أو خاطئة. وعندما نفصل عن أفكارنا سوف ندرك أنها:

- مجرد كلمات وصور لا أكثر.
- قد تكون صحيحة وقد لا تكون كذلك (ولسنا مضطرين للإيمان بها).
- قد تكون مهمة وقد لا تكون كذلك (علينا أن ننتبه لها إذا كانت مفيدة فقط).
- لن تمثل تهديداً حقيقياً، بغض النظر عن مدى سلبيتها (هاريس و ايسبيت ، 2018).

9-14 - أهم تقنية للتعامل مع الاندماج الشديد: "رمي المرساة" "drop the anchor"

يمكن أن يظهر الاندماج الشديد بطرق عديدة، وذلك يتوقف على نوعية الأفكار أو المشاعر أو الصور أو الذكريات التي نندمج معها. فعندما تغمرنا انفعالاتنا ويستحوذ علينا الشعور بالذنب والعار أو الكآبة وتشل حركتنا بسبب الخوف، ونشعر بالغضب من شعورنا بالغضب، أو تتتابنا نوبة هلع، وتصبح لهذه الانفعالات القدرة على تحريكنا كدمية تتحرك بواسطة الخيوط. على سبيل المثال قد نبدأ في الصراخ والتصرف بشكل عنيف لما نندمج مع أفكار ومشاعر الغضب. عندما نعلق في أفكارنا ومشاعرنا السلبية، فإن الذي يحدث هو انفصالنا الكلي عن اللحظة الحالية وفقد الاتصال بما هو مهم بالنسبة لنا.

ومن بين الحالات التي يظهر فيها الاندماج الكلي والشديد هي حالات الصدمات النفسية. على سبيل المثال "صور الحادث الصدمي" والتي تجتاح الوعي ويتعامل معها العميل على أنه أمر يحصل بالفعل في الواقع. ويشير مصطلح "الFLASH باك" إلى مثل هذا الاندماج الشديد مع الذكرى المؤلمة، وذلك بإعادة الذكرى بشكل وكأنه حقيقي. ويمكن أن يؤدي الاندماج الشديد مع الأفكار والمشاعر والذكريات المتعلقة بالحادث الصدمي إلى جعل الشخص عاجزا عن الكلام (غير قادر على التحدث عن تجربته). وقد أظهر التصوير بالرنين المغناطيسي "MRI" أنه خلال هذه التجربة يحدث شلل في منطقة "بروكا" - المسؤولة إلى حد كبير عن الكلام - وهذا الأمر ينتج عن انقطاع الدم من الوصول بشكل كافي لهذه المنطقة (Harris,2016).

وعندما يحدث اندماج شديد أثناء جلسات العلاج، يكون العميل عادة غير قادر على الحديث عما يحصل معه، فقد يكون غارقا في انفعالاته ولا يملك القدرة على الحديث. وإذا استجاب المعالج لما يحصل من خلال دفع العميل للحديث، فإن الأمر لن يحسن الأمور وفي هذه الحالة بالتحديد فإن

كل مهارات الإنفصال لن تجدي نفعاً، من مثل "أنا عندي الفكرة.." أو استخدام الطبقات الصوتية وغيرها من طرق فك الاندماج. بالتالي ما هي أنسب طريقة يمكنها مساعدتك ومساعدة عميلك عندما يكون الاندماج شديداً؟

لا يوجد تدخل أكثر فعالية من تمرين "رمي المرساة"، حيث يتم تدريب العميل على "رمي المرساة" عندما يكون بغضون "عاصفة انفعالية"، وهذه التمارين لا تتطلب الحديث، والحديث مع الذات، وبالتالي فهي فعالة عندما تغمرك الانفعالات السلبية.

ونحتاج هنا إلى بعض التوضيح قبل أن نمضي قدماً حيث أن "رمي المرساة" لن يخلصك من العاصفة، بل سيساعدك على الثبات إلى أن تمر. فيمكن لهذه العاصفة أن تمر بسرعة، أو ببطء، ويمكن أيضاً أن تسوء قبل أن تتحسن. وبالتالي فإن المرساة ستثبتك في هذا الوقت، ومن ثم لن تجرفك العاصفة بطريقها.

والجميل في هذا التمرين أنه بإمكانك استخدامه في أي وقت، وأي مكان، وليس بالضروري انتظار عاصفة لتجربته. ومن خلال التدريب عليه يسهل عليك تذكره واستخدامه في حالة الاندماج الشديد.

ونقصد بالعاصفة الانفعالية كل الأفكار، المشاعر، الذكريات، والأحاسيس السلبية التي يمكن أن تندمج معها في لحظة معينة. أما المرساة فتمثل أي شيء آخر موجود في اللحظة الحالية والذي لا يمثل جزءاً من العاصفة، فيمكن أن تمثل المرساة ما يمكنك رؤيته، سماعه، لمسه، شمّه، تذوقه؛ تنفسك؛ وضعية جسدك؛ ما أنت بصدد فعله بذراعيك؛ ورجليك إلى غير ذلك. وبشكل أساسي أي شيء يساعدك على البقاء متصلاً باللحظة الحالية، مع ما تفعله يمكن اعتباره مرساة في خضم عاصفة انفعالية.

وبناء عليه قد يتضمن "رمي المرساة" التركيز على تنفسك، التمدد، النظر حول الغرفة والاستماع إلى الأصوات وما إلى ذلك. ومن أكثر الأخطاء شيوعاً التي يقع فيها المعالج والعميل في هذا النوع من التمارين هو استخدامه كأسلوب لتشتيت الانتباه .

إن أسلوب التشتيت هو العكس النقيض لأسلوب الوعي الكامل، لأن التشتيت يبعد العميل عن الاتصال بما يحصل في اللحظة الحالية، كمحاولة للهروب مما يشعر به. أما اليقظة الذهنية أو الوعي الكامل هو توجيه الانتباه لما يحصل في اللحظة الحالية، مع الانفتاح والفضول. وبالتالي إذا بدأت في استخدام هذه التقنيات بهدف التخلص مما تشعر به فأنت بعيد عن مفهوم الوعي أو اليقظة وعلى الأغلب لن تصل إلى النتيجة التي ترغب بها.

تستند تمارين رمي المرساة (والتي يمكن اعتبارها تمارين لرفع الوعي) إلى تعليمتين أساسيتين

هما:

- توسيع إدراكك لما هو موجود هنا في الوقت الحالي: لاحظ أفكارك ومشاعرك السلبية وفي نفس الوقت انتبه لما تراه من حولك أو تسمعه أو تلمسه أو تتذوقه أو تشمه (وهذا ليس بهدف).
- تشتيت انتباهك عن الألم الذي تشعر به بل لكي تلاحظ أن وجود هذا الألم هناك أشياء كثيرة تحدث في العالم من حولك، أي في وجود هذه الأفكار والمشاعر السلبية التي استولت على وعيك هناك أشياء كثيرة من حولك تحدث أيضا في نفس الوقت.
- ممارسة ضبط النفس على سلوكياتك البدنية: التنفس، الحركة الجسدية، وضعية الجسم، الموقف وما إلى ذلك: تحرك، تمدد، غير وضعيتك، إجلس منتصباً، قف، امش، تنفس بشكل مختلف، اضغط بقدميك على الأرض، اضغط بيديك على الكرسي، اشرب الماء، عانق نفسك، ادفع أطراف الأصابع معاً، قم بتدليك بقعة متوترة....(Harris,2016).

وعلى الرغم من أنه ينظر لهذا النوع من التمارين في العلاج بالتقبل والالتزام على أنها تمارين للاتصال باللحظة الحالية، إلا أنها تساعد في عملية فك الاندماج، وبالتالي فإن "رمي المرساة" تكون بمثابة أول خطوة في استهداف حالات الاندماج الشديد. أين يحتاج المعالج في هذه الحالة إلى القيام بهذا النوع من التمارين غير اللفظية، قبل الانتقال إلى تمارين فك الاندماج المعتادة.

وسيمت تقديم نص يمكن للمعالجين تغييره حسب الحالة والوضعية التي يتواجد بها العميل، هل لديه القدرة على الحديث، أم أن هذا الاندماج الشديد يفصله تماما عن الواقع من حوله كحالات نوبات الهلع. وبناء عليه يقوم المعالج بتحديد ما يجدر به فعله، وهل يقدم استعارة العاصفة أو فقط يساعد العميل على الاتصال باللحظة الحالية (Harris,2016).

يمكن أن نتبع الصيغة الآتية: "ألاحظ الآن أن هناك عاصفة انفعالية تمر بها، وأرغب بمساعدتك للتعامل معها. في الوقت الذي تجتاحك هذه العاصفة لا يوجد بيدك ما تفعله للتخلص منها، لذا فإن أول شيء عليك القيام به هو "رمي المرساة". والمرساة لن تخلصك من العاصفة، ولكنها تساعدك بالثبات حتى تمر. وهذا ما يحدث بمرساة القارب فعند رمي المرساة يتم تثبيت القارب لكي لا تجرفه العاصفة بعيدا، ولا يتم استخدام المرساة للتخلص من العاصفة، أو تسريع مرورها، فهي ستأخذ وقتها وأهم شيء هو تثبيت القارب أثناء هذه العاصفة، وهذا ما سنقوم به".

وفيما يلي البرنامج النصي خطوة بخطوة، ويجب على المعالج أن يترك عشرة ثوان بين تعليمة وأخرى:

- من الواضح أنك تعاني من الكثير من الألم النفسي في الوقت الحالي، وأريد حقا مساعدتك في التعامل معه، لذا يرجى اتباع التعليمات التي أدليها عليك.

- ادفع أو اضغط بقدميك بقوة على الأرضية.

- اجلس في مقعدك للأمام ومدّ ظهرك.
 - اضغط على أصابع يديك معا في شكل تشابك، حرك المرفقين، حرك كتفيك، اشعر بذراعيك وهما يتحركان، اشعر بالحركة من أطراف أصابعك إلى الكتفين.
 - الآن لاحظ الألم الذي تشعر به ولاحظ أن هناك جسد حول هذا الألم، جسد يمكنك تحريكه والتحكم فيه، فقط لاحظ جسدك كله الآن، اليدين، القدمين، والظهر....مدد جسمك...اضغط على قدميك للأسفل (Harris,2016).
 - الآن وجه تركيزك للغرفة التي أنت فيها، ولاحظ خمس أشياء يمكنك رؤيتها .
 - الآن لاحظ ثلاثة أو أربعة أشياء يمكنك سماعها .
 - لاحظ نفسك ولاحظني معك ونحن نعمل سويا كفريق.
 - لاحظ أن هناك شيء مؤلم أنت تتصارع معه.
 - وفي نفس الوقت لاحظ ضغط جسمك على الكرسي ...حركه...مدده...قم بالتحكم بذراعيك ورجليك.
 - كذلك لاحظ الغرفة من حولك.
 - لاحظ نفسك ولاحظني معك ونحن نعمل سويا كفريق.
- وينهي المعالج التمرين من خلال طرح بعض الأسئلة على العميل من نوع:
- هل تلاحظ أي تغيير الآن؟
 - هل أنت أقل إنجرافا مع أفكارك ومشاعرك السلبية؟
 - هل صار من السهل عليك أن تتدمج معي وتركز مع ما حولك؟

- هل لديك تحكم أكثر في سلوكياتك، من خلال استخدام ذراعيك ورجليك وفمك... إلخ.

ملاحظة هامة: لا يسأل المعالج ما إن كانت العاصفة أو الألم النفسي قد خف أو زال، لأنه

ليس من أهداف هذا التمرين، فالمعالج يقوم بنقل العميل بالشكل التالي :

لاحظ الألم أو الأفكار والمشاعر السلبية أو العاصفة ولاحظ معها أ، ب، ج، د.

لاحظ الألم أو الأفكار والمشاعر السلبية أو العاصفة ولاحظ معها ه، و، ي.

لاحظ وجود شيء مؤلم بشكل كبير ولاحظ أ، ب، ج، د، ه، و، ي.

وإذا لم يوجه المعالج تركيز العميل بالتناوب بين الألم والمشاعر السلبية والعالم من حوله، فقد

يتحول التمرين إلى تمرين لتثنتيت الانتباه، بدلا من تمرين لرفع الوعي بما يحصل في العالم الداخلي

والعالم الخارجي في نفس الوقت (Harris,2016).

تعلية مهمة للمعالجين: إذا استخدم المعالج "رمي المرساة" لتوقيف العميل عن البكاء أو تثنتيت

انتباهه عن الألم أو خفض القلق... فهذا سوء استخدام، لأن الهدف من التمرين هو مساعدة العميل

للتواجد في اللحظة الحالية، إعادة التحكم في سلوكياته، الاندماج والانتباه إلى ما يقوم به وليس لتثنتيته

عما يحصل بداخله. وعليك أن تغير التعلية إذا لاحظت أن العميل منفصل تماما واستخدم أي شيء

حولك لإعادة تركيزه للحظة الحالية، كاستخدام كوب من الماء البارد، تمديد الذراعين، إبطاء التنفس،

صوت المكيف.. أي أسلوب يساعد في نقل التركيز للحظة الحالية.

ويمكنك إعادة هذه التمارين إلى أن ينتقل العميل للحظة الحالية، ويكون واعيا بما يحصل من

حواله (Harris ,2016) .

9-15- تمرين اليدين كأفكار (hands as thoughts): هذا التمرين هو عبارة عن استعارة لفك الاندماج، وهو تمرين مهم جدا لأنه يساعد العميل على فهم أهمية تعلم مهارات فك الاندماج للتعامل مع الأفكار والمشاعر السلبية. ويجدر بنا التذكير أن هذه عبارة عن استعارة لمساعدة العميل على فهم أوضح لماهية العلاج، وأن عرض هذه الاستعارة لا يعني أن العميل قد أتقن مهارات فك الاندماج، بل من الضروري التدريب عليها أثناء جلسات العلاج وخارج الجلسات وذلك لإتقانها. ويمكن تقديمها بالشكل الآتي:

عادة عندما يقوم المعالج بهذا التمرين يجلس جنبا لجنب مع العميل، ويتكأن على الحائط لكي يكون مجال نظرهما منفتح على غرفة العلاج. ويقوم المعالج والعميل بتطبيق التمرين سويا في نفس الوقت. حيث يقومان بكتابة الأفكار والمشاعر السلبية بورقة خارجية، ويقوم كل منهما بحمل ورقته بكفيه.

المعالج: (يجلس بجنب العميل وكلاهما يقابل المساحة الفارغة في الغرفة) تخيل أن في هذه الغرفة يوجد كل الأشياء والأشخاص الذين تهتم لأمرهم، والذين يعطون معنى لحياتك؛ زوجتك، أطفالك، عمك، طعامك المفضل، الأفلام التي تحبها، كل الأشياء التي تحب القيام بها وكل الأشخاص الذين ترغب في التواجد معهم، ويشير بيده للمساحة التي حوله. (Stoddard & Afari, 2014). ولكن ليس هذا فقط، وإنما يوجد أيضا معنا كل مشاكلك والتحديات التي تواجهك والتي تحتاج إلى التعامل معها في حياتك اليومية. يقوم المعالج بإعطاء أمثلة من تاريخ الحالة الخاصة بالعميل على سبيل المثال: "صراعك مع ابنك"، "مشاكلك المادية"، "مشاكلك الصحية"، "مشاكلك مع القضاء"، "بحثك عن وظيفة"، وكذلك كل الواجبات المتوجب عليك القيام بها بشكل مستمر لكي تستمر بحياتك: التسوق، الطبخ، التنظيف، سياقة السيارة وغيرها.

الآن حاول أن تقلدني ونحن نقوم بهذا التمرين، الآن تخيل أن أيدينا تمثل أفكارنا ومشاعرنا السلبية، دعنا نضعهما مع بعض بهذا الشكل (يقوم المعالج بوضع كفيه جنباً إلى جنب بشكل كتاب مفتوح ويقوم العميل بتقليده). الآن دعنا نرى ماذا يحدث لنا عندما نعلق في أفكارنا (بشكل تدريجي يقوم المعالج بتقريب يديه من وجهه حتى يغطي وجهه بالكامل بيديه، ويقوم العميل بتقليد نفس الحركة، كلاهما يحجبان نظرهما عن الغرفة من حولهما بواسطة يديهما).

المعالج: الآن لاحظ ثلاثة أشياء:

- إلى أي درجة أنت منفصل عما حولك؟ إلى أي حد أنت بعيد ومنفصل عن الأشخاص والأشياء التي تهتمك في حياتك؟ إذا كان الشخص الذي تحبه وتهتم لأمره مقابلاً لك فما درجة انفصالك عنه؟ لو أن فلانك المفضل يتم عرضه حالياً على شاشة التلفزيون فكيف ستتابعه؟
- لاحظ كيف من الصعب عليك توجيه تركيزك للأمور المهمة والتي يجب عليك القيام بها، إن كان هناك أمر ما لا بد أن تقوم به الآن فكم سيكون من الصعب عليك التركيز عليه أو حله؟
- لاحظ كم من الصعب عليك القيام بأي سلوك أو القيام بالأشياء التي تجعل حياتك تستمر، على سبيل المثال: أن تطبخ أكلك أو تأخذ أطفالك للمدرسة أو تهتم بطفلك الرضيع أو تؤدي العمل المطلوب منك في وظيفتك... (يعطي المعالج الأمثلة من تاريخ حالة العميل).

بالتالي لاحظ كم تكون الحياة صعبة عندما نعلق في أفكارنا السلبية، فنحن ننفصل عن العالم من حولنا ويكون من الصعب علينا التركيز، وكذلك يصعب علينا القيام بالأشياء التي تجعل حياتنا تستمر.

الآن دعنا نرى ماذا سيحدث لو انفصلنا عن أفكارنا ومشاعرنا السلبية (يقوم المعالج بإبعاد يديه عن وجهه، ويضعهما على فخذه ويقوم العميل بتقليد الحركة).

لاحظ ماذا يحصل الآن، كيف هو نظرك فيما يخص الغرفة من حولنا؟ أليس من السهل عليك الآن الاتصال بكل الأشياء والأشخاص المهمة بالنسبة لك والمتواجدة في هذه الغرفة؟ لو كان هنا حالياً شخص تحبه وتهتم لأمره أليس أسهل بالنسبة لك أن تتصل به وتراه؟ لو كان فلكم المفضل بيت الآن على شاشة التلفزيون، أليس من السهل عليك التمتع به بهذا الشكل؟ لو هناك أي مشكلة أو مهمة لا بد أن تقوم بها، أليس من السهل عليك بهذا الشكل التركيز فيها أكثر؟ ويشير إلى يديه على فخذه، وهنا ليس من الضروري أن يقلد العميل المعالج.

الآن لاحظ كل هذه الأشياء (ويشير إلى يديه على فخذه) هل تخلصنا منها؟ أم هي موجودة؟ هي موجودة صحيح؟ لو كان بإمكاننا عمل أي شيء فعال تجاهها سنفعله، على سبيل المثال يمكن أن نتعلم منها شيئاً ما، كتوجيهنا لمشكلة عالقة لا بد علينا حلها، أو أشياء علينا القيام بها بشكل مختلف، أو ببساطة قد تذكرنا بضرورة التعامل مع ذواتنا بتعاطف أكبر إذا لم نجد أي شيء مهم نقوم به حيالها فقط نتركها تتواجد هنا معنا (Stoddard & Afari, 2014).

9-16- تمرين الأنا المفكر الأنا الملاحظ: وخطواته كما يلي:

- أغلق عينيك لمدة ستين ثانية، ولاحظ الأفكار التي تظهر لك، سيقوم الأنا المفكر بإبداع الأفكار .
أما الأنا الملاحظ فيلاحظ هذه الأفكار.

- التقط أنفاسك ببطء وعمق عشر مرات. وركز بشكل تام على انفاسك وعلى إحساسك بعملية التنفس. الآن دع أفكارك تأتي وتذهب كسيارة مارة، ولتقر بوجودها، لكن ابق مركزاً على عملية تنفسك. وإذا التصقت بك فكرة، خلص نفسك منها بلطف وأعد تركيزك على عملية التنفس.
وبممارسة هذا الأسلوب سوف تتعلم كيفية فعل الآتي:

- السماح لأفكارك بالقدوم والذهاب .

- إدراك الوقت الذي تكون فيه عالقا بفكرة معينة.
- تخليص نفسك منها وإعادة التركيز.
- تقبل ما يأتي، والتخلي عن أي توقعات. وإذا أشعرتك هذه التوقعات بالاسترخاء، فهذا رائع، ولكن هذا مجرد مكسب إضافي وليس غاية.
- عدم الاهتمام بعدد تكرار وقوعك في "الفخاخ"، وتخليص نفسك منها بانتظام يحسن من مهاراتك.
- من الأفضل ممارسة هذا الأسلوب لمدة تتراوح بين خمسة وعشرة دقائق، وذلك لمرتين أو ثلاثة يوميا (هاريس و ايسبيت ، 2018).
- استخدم الآن الملاحظ في ملاحظة ما يحدث في جسدك، ودع الأفكار تأتي وتذهب كصوت الراديو في الخلفية.
- هل تنفسك سطحي أم عميق؟ سريع أم بطيء؟ أم جاف؟ ماهي وضعية ذراعيك؟ هل يوجد أي توتر في عنقك أو كتفيك؟ هل تشعر بسخونة أو برودة؟ وأين تشعر بها؟
- هل عمودك الفقري مستقيم أو منحني؟ وما هي وضعية ساقيك؟ وما هي وضعية قدميك؟
- افحص جسدك كله ولاحظ وجود أي توتر أو ألم أو عداًرتياح.
- الآن، لاحظ وجود أي أحاسيس سارة أو مريحة.
- هل ترغب في التحول؟ تحول ولاحظ ما تشعر به؟
- هل تشعر بأي رغبة في تناول الطعام، أو النوم، أو حك جلدك، أو مد جسدك؟

(Harris & Aisbett,2014).

9-17- مهارات التعامل مع المشاعر المؤلمة: هناك العديد من التقنيات للتعامل مع المشاعر

المؤلمة وفق راس هاريس (Russ Hariss) وتتمثل في:

- المرحلة الأولى: ألاحظ الشعور السلبي في جسدي.

- المرحلة الثانية: ألاحظ ماذا يخبرني دماغي عن هذا الشعور.

- المرحلة الثالثة: خذ نفس عميق، حاول أن تتنفس في المكان الذي تشعر فيه بالانزعاج، انفتح

وتقبل وجوده، وانقل تركيزك لأهم شيء تقوم به في اللحظة الحالية.

وسنقوم بالتطرق للعديد من التقنيات التي تساعد علي التعامل مع الشعور السلبي المؤلم:

9-17-1- اليد الشافية: قم بوضع يدك على الجزء الذي تشعر فيه بالألم، وحاول أن تتخيل أن هذه

اليد هي يد شافية إما لمرضة أو لشخص عزيز تحبه (زوج أو ابن...). اسمح لبعض الدفء أن

يتدفق للمكان الذي تشعر فيه بالشعور المؤلم، ليس للتخلص منه ولكن للانفتاح وفسح المجال له لكي

يتواجد، بأن تجعل له غرفة صغيرة بداخلك، حاول أن تحتويه بلطف.

9-17-2- اختيار الشعور: لنفترض أنني أعطيتك خيارا:

- أن لا تشعر أبدا بهذا الشعور المزعج مجددا، ولكن تفقد معه قدرتك على الحب والاهتمام .

- أو أن تحصل على الحب والاهتمام، ولكن هناك احتمال ظهور هذا الشعور عندما تكون فجوة

بين ما تريده وما لديك في اللحظة الحالية. فماذا يكون خيارك؟ (Hariss,2019).

9-17-3- الألم كحليف: استخدم هذا الشعور السلبي للتحفيز والتواصل وتسييل الضوء.

9-17-4- السماح: حاول أن تلاحظ إن كنت تستطيع أن تسمح لهذا الشعور بالتواجد، ولست

مجبرا أن تحبه أو أن ترغب في وجوده، فقط اتركه يكون.

9-17-5- التوسيع: أنظر ما إذا كان بإمكانك الانفتاح والتوسع حول الشعور، يبدو الأمر كما لو أنه بطريقة سحرية يفتح هذا الفضاء بداخلك.

9-17-6- ركوب الانفعالات كما تركب الأمواج: حاول أن تركب انفعالاتك ودوافعك وكأنها أمواج.

9-17-7- الطفل الفضولي: لاحظ أين يتواجد هذا الشعور السلبي بجسدك. ثم حاول أن تكبر المنطقة، وحاول أن تلاحظه كطفل فضولي لم يسبق أن رأى شيء كهذا من قبل. أين تتواجد حدوده؟ من أين يبدأ وأين يتوقف؟ هل هو يتحرك أم ثابت؟ هل هو على السطح أم بداخلك؟ هل هو ساخن أم بارد؟ هل هو خفيف أم ثقيل؟

9-17-8- أنزل المرساة: لاحظ الشعور، اتصل بجسدك، تواصل مع العالم من حولك.

9-17-9- التسمية الواعية: ميز الشعور بوعي، أنا ألاحظ القلق، ها هو الاكتئاب، ظهر عندي شعور بالغضب.

9-17-10- التجسيد: تخيل هذا الشعور كشيء. هل هو سائل أم صلب أم غازي؟

ما هو حجمه؟ هل هو ثقيل أم خفيف؟ ما هي حرارته؟ هل هو على السطح أم بداخلك؟ ما هو شكله؟ ما هو لونه؟ هل هو شفاف أم غير شفاف؟ كيف يبدو سطحه؟ هل هو سخن أم بارد؟ هل هو خشن أم ناعم؟ هل هو مبلل أم جاف؟ (Hariss,2019).

9-17-11- التعاطف: أمسك هذا الشعور بلطف ونعومة وكأنه طفل يبكي أو حيوان خائف.

9-17-12- مفتاح الصراع (The Struggle Switch): هل مفتاح الصراع موضوع على وضعية

التشغيل أم مغلق، أم هو في الحالة الوسطى والتي نطلق عليها اسم وضعية التحمل؟

وإذا كان هذا المفتاح بمثابة مقياس مرقم من 0 إلى 10، حيث يمثل 10 الدرجة القصوى من

الصراع ويمثل 0 الغياب الكلي للصراع، فما هي درجة الصراع التي لديك في اللحظة الحالية؟

وهل أنت مستعد أن تلاحظ ما إذا كان بإمكانك خفضه درجة أم درجتين؟

9-17-13- جعله طبيعي (Normalizing): إن هذا الشعور يخبرك أنك إنسان طبيعي لديه قلب

ومهتم، وهذا ما يشعره به أي إنسان عندما تكون هناك هوة بين ما يريده وما يحصل عليه.

9-17-14- تنفس فيه ("Breathe into it"): تنفس في هذا الشعور، وكأنك تطفو عليه ومن حوله.

9-17-15- لاحظ (Noticing):

- لاحظ أين يوجد هذا الشعور

- لاحظ أين يشتد.

- لاحظ أين تتواجد البقعة الساخنة والبقعة الباردة.

- لاحظ الأحاسيس المختلفة بداخل هذا الشعور (Hariss,2019).

9-18- جلب الوعي إلى الجسد:

ركز وعيك في أحاسيسك الجسدية، من خلال تركيز انتباهك على أحاسيس اللمس في الجسد

في الجزء المتصل منه بالأرض، ومع الشيء الذي تجلس أو تستلقي عليه. اقض بعض اللحظات

مستكشفا هذه الأحاسيس.

الآن من خلال تركيز انتباهك على قدميك، بدءا من أصابع القدم، وسّع دائرة انتباهك حتى

تشمل باطني قدميك، والكعبين وأعلى قدميك، حتى تشعر بجميع الأحاسيس المادية التي أصبحت

واعيا بيها في كلتا القدمين. لحظة بلحظة، اقض بعض لحظات متفحصا قدميك بهذه الطريقة، ولاحظ

كيف تظهر الأحاسيس وتتلاشى داخل الوعي. إذا لم تكن هناك أحاسيس في هذه المنطقة، فسجل فقط أنك لم تشعر بشيء.

الآن، وسع نطاق انتباهك لتشمل كلتا رجليك لبعض اللحظات، ثم الجذع (من الحوض والوركين وحتى الكتفين)، ثم الذراع اليسرى، ثم الذراع اليمنى، وأخيرا الرقبة والرأس. اقض دقيقة أو دقيقتين مسترخيا وواعيا بجسدك كله (ويليامز و بنمان ، 2019).

لقد حاولت الطالبة الباحثة إعطاء نظرة شاملة على هذا النوع من العلاج، مع تقديم عدد من التمارين والاستعارات والتي تخدم الهدف الأساسي للعلاج بالتقبل والالتزام، ألا وهو رفع المرونة النفسية، كما يمكن استخدام أي تقنية علاجية وتكييفها لنتناسب مع العلاج بالتقبل والالتزام.

الفصل الثالث: الوسواس القهري

- 1- ما هو الوسواس القهري؟
- 2- نبذة تاريخية عن الوسواس القهري
- 3- ما هو الطبيعي وما هو غير الطبيعي في الوسواس القهري
- 4- أسباب الوسواس القهري
- 5- أعراض اضطراب الوسواس القهري
- 6- معايير تشخيص اضطراب الوسواس القهري
- 7- أهم الملامح الرئيسية للمصابين باضطراب الوسواس القهري
- 8- النظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري
- 9- أساليب علاج الوسواس القهري
- 10- مآل اضطراب الوسواس القهري

شهدت العقود الأخيرة تزايداً ملحوظاً في نسبة انتشار الاضطرابات النفسية، وذلك راجع بالدرجة الأولى إلى الضغوط التي يعاني منها الإنسان المعاصر. فتسارع أحداث الحياة وزيادة متطلباتها حال دون تكيفه، وأدى إلى فشل واضح في ميكانزمات المواجهة والتكيف، وانعكس هذا في ظهور العديد من الاضطرابات النفسية والتي بدورها تعتبر المحاولات الأخيرة للتكيف. والعرض النفسي ليس بالمشكلة، ولكنه يخبرنا بوجود مشكلة يعجز الإنسان على التكيف معها وحلها. وهذه الصعوبة في التكيف تنعكس على سلوكياته مما يؤثر على تواصله الاجتماعي وأداء واجباته بشكل عام. ولعل من أكثر الاضطرابات النفسية فتكا براحة الإنسان وتكيفه مع البيئة المحيطة به هو الوسواس القهري .

1- ما هو الوسواس القهري؟

يفترض بكل إنسان أن يشعر بقدرته على التحكم في أفكاره، فهو يستطيع أن يفكر فيما يشاء من أفكار ويستطيع أن يطرد ما يشاء من الأفكار في وعيه متى شاء، كما أنه يشعر بأمتلاكه لأفكاره ويشعر اتجاهها أنها تُعبّر عن توجهاته أو مشاعره الشخصية. فإذا طرأت على وعيه فكرة ما فهو يحس بها وراجعة إليه، ويمكن إبقاؤها في وعيه أو التخلص منها والتفكير في غيرها. وينطبق الكلام نفسه عن الصور العقلية، أي التخيلات. فعندما تمثل صورة معينة في ذهن الإنسان سواء استحضرها هو أو تداعت إلى ذهنه لسبب أو لآخر، فإنه يستطيع استبقائها إن كانت متوافقة مع إرادته كصورة شخص عزيز أو حبيب، ويستطيع كذلك استبعادها عن ذهنه إن لم تكن تروق له. والكلام نفسه ينطبق على ما يمكن تسميته بالاندفاعات، أي الشعور المفاجئ بالرغبة في فعل شيء ما؛ كأن يشعر الإنسان بالرغبة في القفز مثلاً أو في الصراخ، فإن الطبيعي هو أن يستطيع الإنسان التخلص من هذه الرغبة متى أراد (أبو هندي، 2003).

ويختلف الأمر بالنسبة للفكرة الوسواسية بكونها أفكار متكررة لا يرغبها الشخص، وتأتي رغما عنه حتى بعد محاولته إبعادها والتخلص منها (نوفل، 2016).

1-1- تعريف الوسواس القهري لغة:

_ يعرف الوسواس بأنه همس، صوت في خفاء، وسوس الشيطان إليه وله وفي صدره، وسوسة.

- وسواسا: حدثه بما لا نفعه فيه ولا خير.

- ويقال وسوست له نفسه. تكلم بكلام خفي مخلط لم يبينه. اغترته الوسواس.

- والوسوسة هي حديث النفس وجمعها وسواس (انيس، منتصر، الصوالحي، و أحمد، 2008).

وكلمة وسواس هي الترجمة العربية الشائعة للكلمة الإنجليزية "Obsession". والمعنى الإنجليزي

للكلمة حسب معجم أكسفورد هو فكرة أو شعور تحتل العقل بشكل يسبب الضيق. وهذا المعنى يختلف

عن معنى كلمة الوسواس الواردة في المعاجم العربية. ويظن الكاتب أن الترجمة التي تتماشى مع

ترجمة كلمة الوسواس هي الاستحواذ، وهي أدق من كلمة الوسواس، وذلك كون وسوسة النفس هي

خبرة عادية لدى كل الناس. ووسوسة الشيطان يمكن التخلص منها بالاستعاذة منه، وذلك على عكس

الوسواس القهري الذي يميل إلي التسلط أكثر إذا حاول الشخص المصاب التخلص منه (أبو هندي،

2003).

أما الأفعال القهرية فهي تعرف لغة كالاتي:

- القهر: قهره - قهرا: غلبه. فهو قاهر، وقهار.

وتعرف موسوعة أكسفورد الوسواس القهري بأنه: التفكير كثيرا ومرارا في شيء ما. أما القهر هو شيء سيء يحدث للمريض بسبب رغبة قوية في فعل شيء ما، ولا يمكن السيطرة عليها ومنع هذا الفعل (عبد الهادي، 2012).

1-2- تعريف الوسواس القهري اصطلاحا:

عبر سنوات عديدة تعرض مفهوم زملة أعراض الوسواس القهري إلى تغييرات مهمة، ففي البداية عرف مرضى الوسواس القهري بأنهم يشكون من وجود أفكار مقتحمة مثيرة للكدر وسلوكيات متكررة غير مرغوب فيها ولكنهم يقومون بها بصورة قهرية.

وقد تم تعريف الوسواس القهري في الدليل التشخيصي الإحصائي الأول (DSMI,1952,APA)، والثاني (DSMII,1968,APA) بأنه زملة أعراض قصيرة وغير محددة. أما الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث (DSMIII,1980,APA) والثالث المعدل (DSMIII R.,1987,APA) فقد حدد محكات معينة لاضطراب الوسواس القهري، وقد تم تعريف الوسواس والدفعات القهرية كل على حدة. ويرى الدليل التشخيصي الثالث المعدل أن مرضى الوسواس القهري يعرفون أن أفكارهم الوسواسية لا معنى لها، وأن دفاعاتهم القهرية غير معقولة. ولكن الدراسات الحديثة أثبتت أن الأفراد من ذوي الوسواس القهري أكثر قربا للنظر إلى أعراضهم بإعتبارها بلا معنى أو غير مبررة. وطبقا لهذا فإن متصل الاستبصار أو قوة الاعتقاد يمثل الصورة الإكلينيكية، أفضل من فكرة أن مرضى الوسواس القهري يرون أن أعراضهم معقولة أو ليس لها معنى. والدراسة الميدانية للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع أسفرت عن أن الأفراد الذين كان ينقصهم الاستبصار في وقت التقييم، ذكروا أنه كان لديهم هذا الاستبصار في وقت ما سابقا، كما أن الدراسات الإكلينيكية توحى أن المرضى يتناوبون بين فترات من الاستبصار وفترات من المعتقدات القوية، وهذا التذبذب يحدث من دقيقة إلى أخرى، بناء على الحالة

المزاجية للفرد والظروف المحيطة به. وكثيرا ما يعترف مرضى الوسواس القهري أن أعراضهم ليس لها معنى وغير معقولة عند مناقشتها معهم في العيادة النفسية، ولكن يفقدون هذا الاستبصار عندما يواجهون موقفا يثير وساوسهم ولذلك لا بد أن يسمح المحك التشخيصي بتشخيص الأفراد الذين ليس لديهم استبصار بعدم معقولية أعراضهم بأنهم مرضى باضطراب الوسواس القهري. وقد أدت هذه المناقشات إلى التغييرات المقترحة في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع، وطبقا لهذا يتطلب التشخيص وجود إما وساوس أو دفعات قهرية، وتعرف الوسواس بأنها أفكار مقاومة أو معتقدات أو دفعات قهرية يخبرها الشخص على أنها مقترحة وغير ملائمة، وتسبب قلقا ملحوظا أو شعورا بالكرب. أما الدفعات القهرية فهي سلوكيات متكررة (مثل تكرار غسيل اليدين)، أو أفعال عقلية (مثل تلاوة الصلاة في صمت) يجد الشخص نفسه مدفوعا لأدائها؛ إستجابة لوسواس أو طبقا لقواعد متصلبة. وتهدف الدفاعات القهرية منع أو تقليل الشعور بالكرب، أو منع المواقف المخيفة، إلا أن الدفعات القهرية تكون أما غير واقعية أو مبالغ فيها بشكل واضح (بارلو، 2002).

وتعرف الوسواس في مصطلح الطب النفسي: "أفكار، أو دوافع، أو صور ملحة ومتكررة دوريا، يعاني منها الإنسان في وقت من الأوقات خلال الانزعاج أو الاضطراب بطريقة تطفلية وغير مناسبة وينتج عنها ضيق ملحوظ". كما أن "الأفكار أو الدوافع أو الصور ليست مجرد هموم مفرطة حيال مشاكل الحياة الحقيقية" (لي باير، 2010).

كما عرفه علاء الدين الكفافي (1989): "بأنه المرض الذي يجد فيه الفرد نفسه مقهورا ومستهدفا لتسلط بعض الأفكار أو الشكوك عليه، مع عدم قدرته على التخلص منها وإبعادها عن تفكيره، كما يجد نفسه أيضا مجبرا على إتيان حركات أو أفعال حركية معينة لا يمكنه أن يمتنع عن إتيانها مع إدراكه عدم جدواها بل وسخفها.

ويعرف لطفي الشربيني (1989) حالة الوسواس القهري بأنها المبالغة في الشعور بالقهر لتكرار بعض الأفعال أو الأفكار رغما عن رغبة المريض، حيث لا يستطيع التحكم فيها بإرادته، وهذا يتسبب في اضطراب نشاطاته وكل حياته نتيجة لسيطرة هذه الحالة عليه، وهذا سبب إطلاق صفة القهري، وأحيانا التسلطي على حالة الوسواس (نوفل، 2016).

ويرى أحمد عكاشة (2010) أن اضطراب الوسواس القهري من أكثر الاضطرابات النفسية ألما ومعاناة، ويرى بأنه يتميز بالآتي:

1- وجود (أ) وساوس في هيئة أفكار أو اندفاعات أو مخاوف، أو (ب) أفعال قهرية في هيئة طقوس حركية متكررة أو دورية، وعادة ما تسبب الأفكار القهرية قلقا ومعاناة شديدة، ويقوم المريض بها للتخفيف من ألم الأفكار.

2- يقين المريض بتفاهة هذه الوسواس، ولا معقوليتها، ومعرفته الأكيدة أنها لا تستحق منه هذا الاهتمام، إلا أنها تسيطر عليه ولا يستطيع مقاومتها، تشل حركته وتسبب له ألما نفسية وعقلية شديدة.

3- محاولة المريض المستمرة لمقاومة هذه الوسواس وعدم الاستسلام لها، ولكن مع طول مدة التعرض قد تضعف درجة المقاومة (عبد الهادي، 2012).

أما الدكتور فرانكل لامنجر (Lamagnere, 2016) فقد عرف الأفكار الوسواسية والسلوك القهري كالآتي:

الوسواس: هي عبارة عن أفكار، وصور ذهنية، واندفاعات لا إرادية ومزعجة، والتي تحدث حالة إنفعالية مزعجة، وشعور غير مريح تؤدي عادة إلى السلوكيات القهرية.

السلوكات القهرية: هي عبارة عن أفعال عقلية أو سلوكية إرادية ولكن تتسم بطبيعة إلزامية وجبرية (أي يضطر الشخص للقيام بها) للوصول لشعور أفضل، من خلال التخفيف من الشعور السيء أو تجنب حدوث كوارث معينة .

ومما سبق ذكره يمكن أن نستخلص أن الوسواس القهري هو اضطراب من اضطرابات القلق، حيث يتميز بوجود أفكار أو اندفاعات أو صور أو مخاوف والتي تتخذ صفة تسلطية، حيث تقتحم وعي الشخص المصاب وتسبب له قلقا ملحوظا. ويحاول هذا الأخير التخلص منها بالقيام بمجموعة من السلوكيات والتي تسمى الأفعال القهرية والتي تتخذ صفة التكرار وذلك في وجود استبصار بلا معقولية أفكاره أو في غياب هذا الاستبصار .

وسنحاول من خلال الفقرة القادمة أن نتعرف كيف نشأ مفهوم الوسواس القهري، وكيف تطور خلال العقود الماضية.

2- نبذة تاريخية عن الوسواس القهري:

للسواس القهري تاريخ قديم والمنتبع لتاريخه يجد أن بداية هذا المرض يعود إلى عصر الفراعنة، حيث أن أحد الكهنة المصريين كان مصابا بوسواس العد، حيث كان يطلب من ابنه أن يعد كل شيء في حقوله حتى حبات القمح والشعير (الفزارية ، 2017). وقد وصف جالينوس (Galen) تقريبا الوسواس في روما، ووصف عدد من العلماء المسلمون الوسواس القهري ومن أبرزهم (أبو زيد البلقي، ابن قدامة المقدسي) حيث كتب هذا الأخير رسالة صغيرة تحت عنوان "ذم الموسوسين" وشملت هذه الرسالة بحثا في الوسوسة صنف إلى ستة فصول كما يلي:

"النية والطهارة والصلاة، ترديد كلمات من الفاتحة أو التشهد أو التكبير وعلى نحو ذلك، والإسراف في ماء الوضوء والغسل، وفي الزيادات على الغسلات الثلاثة، وفي الوسوسة في إنتقاض الوضوء بخروج خارج منه، وفي أشياء سهل الشرع فيها وشدد هؤلاء" (نوفل، 2016).

كما وصف الوسواس القهري في موسوعة علم النفس ودراسة السحر سنة (1486)، حيث تم وصف رجل دين حيث كان يتلفظ بالشتائم ويقوم بحركات أثناء قيامه بالصلاة، وبطبيعة الحال تم حبسه بتهمة أنه ملبوس بشيطان (Dantin, 2014).

وفي العصور الوسطى وبالتحديد القرن السابع عشر، وصف "شيكسبير" شخصية السيدة "ماكبث" وظهور الوسواس والطقوس القهرية، وغسل اليدين المستمر حيث نتجت هذه الوسواس والطقوس القهرية بعد قتلها الملك "دنكان". وتعد هذه واحدة من أكثر المظاهر الوسواسية في الأدب الإنجليزي (نوفل، 2016).

كما ساهم الدكتور "اسكرول" (Esquirol)، وهو واحد من أكبر أعلام الطب النفسي الفرنسي في تطور مفهوم الوسواس القهري، حيث أطلق عليه مصطلح الهوس المنطقي أحادي الأعراض "Raisonnantes Monomanies". أما موريل (Morel) فهو أول من أشار إلى دور القلق في إنتاج الوسواس (Dantin, 2014).

كما يعتبر موريل (Morel) أول من استخدم مصطلح وسواس (obsession) عام (1866).

كما وضع "فستفال" (Westphal) أول تعريف للوسواس عام (1887) حيث عرّفه بأنه: فكر يأتي العقل على خلاف رغبة المريض، ولا يستطيع المريض كبتة، بالرغم من تعرفه عليه كفكر غير طبيعي (نوفل، 2016).

3- ما هو الطبيعي وما هو غير الطبيعي في الوسواس القهري:

لا يكفي أن نشعر بالخوف من الأوساخ أو ارتكاب خطأ ما لنقول أننا نعاني من اضطراب الوسواس القهري، فبطبيعة الحال فإن أغلبية الناس لديها أفكار وسواسية وبعض الطقوس. ولقد حاولت العديد من الدراسات التطرق لهذه الظاهرة وذلك من خلال سؤال ناس طبيعيين ما إذا كانت تظهر عندهم وساوس. هذه الدراسات استجوبت أكثر من (500) شخص، من ثلاثة بلدان مختلفة وثلاثة قارات، وتوصلوا إلى أن من 80% إلى 99% من الأشخاص الطبيعيين كان لديهم وساوس في الشهر الذي سبق الاستبيان. كما بينت هذه الدراسات أن مواضيع الوسواس عند الناس الطبيعيين لا تختلف عن مواضيع الوسواس عند الناس الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري.

ونتائج هذه الدراسات بينت أننا نعاني كلنا في أوقات معينة من بعض الوسواس، وبالتالي نكون

نوعاً ما قلقين:

- 1- ألا يرن جرس المنبه ولا نستيقظ صبيحة إمتحان أو صبيحة موعد مهم (وسواس الخطأ).
- 2- الخوف من ترك باب البيت مفتوحاً يوم السفر (وسواس الخطأ).
- 3- الرغبة في الاغتسال بعد المصافحة (وسواس نظافة).
- 4- التعرض لأحداث كارثية بعد رؤية قط أسود أو المرور تحت سلم أو تكسير كأس (وسواس الشؤم).

كيف نفرق بين الطبيعي وغير الطبيعي؟

الأشخاص الذين يعانون من الوسواس القهري لديهم أفكار وسواسية ولكنها تستمر لفترة أطول، وبتردد أعلى وبشدة أكبر مقارنة بالوسواس التي تظهر عند الناس الطبيعيين وهذا ما يوضحه الجدول الموالي.

جدول رقم (2): يبين الفروق بين ما هو طبيعي وما هو غير طبيعي

الوسواس في اضطراب الوسواس القهري	الوسواس الطبيعية
متكرر جدا	نادرة
طويلة جدا	وجيز
صعب جدا	التأثير الانفعالي ضعيف
يؤدي غالبا إلى الطقوس	يؤدي نادرا إلى الطقوس
المواضيع عادة ما تكون نفسها في الحالتين: الخوف من الأوساخ، ارتكاب الأخطاء، أحداث الشؤم، أفكار عنيفة	

(Sauteraud, 2002).

4- أسباب الوسواس القهري:

لا أحد يعلم بشكل دقيق الكيفية التي يتطور بها الوسواس القهري، ولكن الدراسات والأبحاث العلمية تحاول سويًا تجميع أجزاء هذا اللغز. ويبدو أن الوسواس هو نتاج لمزيج مورثات جينية أو استعداد مع عوامل بيئية مهمة. ويشمل الاستعداد الوراثي التباين الدقيق في بنية الدماغ، كيمياء الدماغ، والسيران. أما العوامل البيئية فتشمل الصدمات النفسية والجسدية، الإهمال خلال مرحلة الطفولة، الإساءة، الضغط الأسري، الأمراض، الفقد والطلاق، بالإضافة إلى تأثير المراحل الانتقالية كالمراهقة، الانتقال للعيش مستقلاً، الزواج، دور الأبوة والتقاعد (Hyman & Pedrick, 2010).

ولقد حاول الباحثون تقصي مختلف الأسباب التي يمكن أن تلعب دوراً في ظهور الوسواس القهري وكيفية دعمه، وسنحاول التطرق لبعض الأسباب والتي على أساسها تم ظهور اتجاهات علاجية مختلفة لهذا الإضطراب.

4-1- الأساس العصبي:

لقد أصبح واضحاً في الآونة الأخيرة أن الوسواس القهري مرتبط بخلل كيميائي بالدماغ، حيث أطلق على هذا الخلل اسم قفل الدماغ "brain lock" وذلك لكون أربعة أنظمة رئيسية من الدماغ تصبح مغلقة معاً، ويبدأ الدماغ بإرسال رسائل خاطئة والتي لا يستطيع الشخص المصاب بالوسواس التعرف عليها بسهولة، حيث أن أحد المراكز الأساسية لمعالجة الإشارات الدماغية مكون من بنيتين: الأولى تدعى النواة المذنبة أو النواة الذنبية والبطامة (The caudate nucleus and the putamen) حيث يمكننا تشبيهها بعمل ذراع ناقل السرعة في السيارة "Gearshift"، حيث تعمل النواة المذنبة كناقل أوتوماتيكي للمنطقة الأمامية أو الجزء المفكر من الدماغ، والتي تعمل مع البطانة والتي تمثل الناقل الأوتوماتيكي لأجزاء الدماغ التي تتحكم في حركة الجسم. وتسمح النواة المذنبة بالتنسيق الجذ فعال بين الأفكار والحركة خلال الأنشطة اليومية، أما بالنسبة للأشخاص المصابون بالوسواس القهري يحدث خلل في عمل النواة المذنبة، حيث لا تقوم بتحويل السرعة بالشكل الصحيح والرسائل من الجزء الأمامي من الدماغ تبقى عالقة "stuck"، وبمعنى آخر يفضل الدماغ عالق في الفكرة ولا يستطيع المرور للفكرة التي تليها.

ولما يعلق الدماغ في فكرة يمكن أن يخبر الشخص المصاب مثلاً: "لا بد من غسل يديك مرة أخرى" فيقوم بالغسل بالرغم من عدم تواجد سبب مقنع للغسل، أو يخبره "من المستحسن أن تتأكد من القفل" ويقوم الشخص بالتأكد مرات ومرات دون القدرة على التخلص من الشعور أن الباب مفتوح

(Schwartz & Beyette, 2016).

4-2- الأساس الكيميائي:

إن النظرية البيولوجية الأكثر انتشاراً للوسواس القهري تفصح عن وجود أداء غير طبيعي في واحد من أهم المرسلات العصبية في الدماغ، ألا وهو السيروتونين، حيث يلعب هذا الأخير دوراً مهماً في العديد من السيروتونات البيولوجية، بما فيها النوم، الشهية، حرارة الجسم، الألم، المزاج، العنف، والتحكم في الاندفاع (Hyman & Pedrick, 2010).

ونعلم أن جميع العقاقير الفعالة في علاج اضطراب الوسواس القهري ترفع نسبة السيروتونين في الدماغ، لذلك يعتقد الباحثين أن لهذه المادة دوراً في تطور هذا الاضطراب، لكن نقص معدل السيروتونين ليس بالجواب الكافي لظهور وتطور هذا الاضطراب (لي باير، 2010).

4-3 الأساس الوراثي:

إن الأدلة العلمية تشير إلى أن الوسواس القهري ينتقل عبر الجينات، وهذا يعني أن الناحية البيولوجية التي ولد بها الشخص تجعله أكثر عرضة لتطوير الوسواس القهري. وحتى وإن عارض البعض من المصابين هذا المبدأ وقالوا أن الوسواس لديهم لم يظهر خلال مرحلة الطفولة بل ظهر في وقت متأخر، فإن عمل الجينات وتأثيرها علينا أمر في غاية التعقيد، ولا يمكن الجزم أن من طور أعراض الوسواس القهري في مراحل متقدمة من عمره، قد يكون دليلاً أن لا دخل لعمل الجينات في تطور الوسواس (Grayson, 2014).

أعطت الدراسات التي أجريت على التوائم والعائلات (باستثناء حالات التوائم المتبناة في أسر مختلفة) أدلة قوية متعلقة بدور الجينات في انتقال الوسواس القهري وظهور الوسواس القهري، ولقد أسفرت نتائج دراستين من أوسع الدراسات التي أجريت على التوائم على أن النسبة تتراوح ما بين 80% إلى 87% بالنسبة للتوائم الحقيقية، ومن 47% إلى 50% بالنسبة للتوائم المتأخية. وفي دراسة أجريت على

(419) زوجا من التوائم، كان تقدير عامل الوراثة لأعراض الوسواس القهري 47% مما يشير إلى أن

أقل من نصف التباين الظاهري يرجع للعوامل الوراثية

(Koran, Hanna, Hollander, Nestadt , & Simpsom, 2007).

كما أن الدراسات التي تطرقت للتاريخ العائلي لم تقدم لنا إجابات قاطعة، ولكنها بينت أن آباء الأشخاص المصابين بالوسواس القهري يكونون أكثر عرضة للقلق والاكتئاب مقارنة بمتوسط عامة الناس. حيث أن أعراض الوسواس القهري تظهر بتعدد أكبر لدى الآباء المباشرين مقارنة بعامة الناس بنسبة تتراوح "من 3-12%"، كما تم ملاحظة سمات الشخصية الوسواسية لدى 40% من الأمهات. كما لوحظت الكمالية لدى نصف الآباء، والحماية المفرطة لدى 10% منهم، ولكن من الصعب تحديد الوسواس القهري في التاريخ العائلي لأن أغلبية الأشخاص الذين يعانون منهم لا يصرحون بذلك .

(Hantouche & Trybou, 2011).

4-4- السمات النفسية:

إن بعض السمات النفسية قد تؤثر على استمرارية الاضطراب، وينطبق هذا الأمر على الحالات ذات الثقة المتدنية، والعرضة للشعور بالذنب والعار، مع وجود خوف من فقدان السيطرة وتدني تقدير الذات لديها، فيجد الوسواس حقل خصب للظهور والتطور في هذا النوع من الحالات.

(Hantouche & Trybou, 2011).

4-5- التعلم المبكر:

أتهم آباء المرضى بالوسواس القهري أحيانا بالتسبب في المشكلة، من خلال تدريب أبنائهم الصارم جدا على استخدام المراض. لكن ليس هناك دليل على ذلك فقد تم دراسة هذه المسألة ولم تجد علاقة مطلقا بين طريقة التدريب على استخدام المراض وحدوث اضطراب الوسواس القهري فيما

بعد. وربما هناك علاقة بين تجارب الحياة الأولى وهذا الاضطراب، كما يعتقد بعض الباحثين أن العقاب المفرط في الشدة لارتكاب الخطأ قد يجعل الناس أكثر عرضة للوسواس وطقوس التدقيق والتمحيص المرضية. كما أن مشاهدة الطفل لوالديه أو قريب له، يقوم بطقوس الوسواس القهري قد تؤدي إلى تعلم الطفل لهذه العادات، إلى حد ما. ولكن، معظم الباحثين يوافقون على أن الوسواس القهري يتفاقم فقط إذا كان لدى الفرد استعداد وراثي لذلك (لي باير، 2010).

أما ديبيرا ميلر (Miller 2006) فإنها تفترض أن العقاب البدني والتحرش الجنسي اللذان يتعرض لهما الطفل في مرحلة الطفولة، من الأسباب الرئيسية للإصابة بالوسواس القهري في المراحل العمرية التالية (عبد الهادي، 2012).

5- أعراض اضطراب الوسواس القهري:

تعتمد كتب الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي في وصف أعراض الوسواس القهري على ما يلاحظه الأطباء والمعالجون في مرضاهم، وهذه الأعراض كثيرة ومتنوعة. وما يوجد عند مريض قد لا يوجد عند آخر. وقد تختلف الأعراض وتتناوب ولكن يجمع بينها السمات العامة المشتركة، ويضم اضطراب الوسواس القهري مجموعة من الأعراض السريرية مقسمة بغرض الفهم والايضاح. وفي الواقع العملي لا يمكن فصل هذه الأعراض عن بعضها البعض، وتوجد مجتمعة مع بعضها البعض لدى الفرد الواحد، وهذه الأعراض مظاهر سريرية للاضطراب وتقسم إلى ما يلي:

5-1- الأعراض المعرفية:

يتسم هؤلاء المرضى بأفكار مشوهة ومعتقدات مضطربة مثل: التفكير السحري، والتفكير الخرافي البدائي، والإيمان بالسحر والشعوذة والأحجية، والأفكار السوداء والتشاؤم، وتوقع الشر وتوقع

أسوأ الاحتمالات والكوارث، والتوقعات العالية غير العادية للنتائج السلبية، والمبالغة في تقدير النتائج السلبية للعديد من الأفعال والتصرفات، والتقدير المبالغ فيه للخطر، والشعور المتضخم بالمسؤولية والحاجة إلى السيطرة، الحاجة إلى اليقين، والحاجة إلى الكمالية. كما أن مريض الوسواس القهري يعاني من ضعف وظيفي في المنظومة المعرفية، ويحب الرتابة والبطء الزائد في العمل حيث يكون شكاكاً في كل شيء، وكثير التردد والمراجعة، والميل لتذكر التفاصيل الدقيقة لأي موضوع، ومع ذلك يفوته تذكر الأجزاء الرئيسية، لأنه يعاني من مشكلات في الذاكرة التنظيمية بالمخ. وتكشف الأعراض الوسواسية عن الطرق غير التوافقية التي يستخدمها مريض الوسواس القهري في التفكير والمعاودة الفكرية والتفكير الاجتراري (نوفل، 2016).

5-2- الأعراض السلوكية: تظهر الوسواس القهري في:

- صورة سلوكيات مثل: التنظيف وغسل اليدين، التحقق، الترتيب، النظام، التخزين، وطلب الطمأنينة.
- أفعال عقلية مثل: العد المتكرر، إعادة بعض الكلمات سرا، الاجترارات، وتحييد الأفكار.
- الأفعال القهرية عامة فهي تتلخص فيما يلي: الغسل والتنظيف، التأكد، إعادة العد، ترتيب الأشياء، لمس الأشياء، التخزين، والإلحاح في طلب الطمأنينة .
- السلوك القهري والطقوس الحركية .
- التكرار القهري، النظام القهري.
- الأفعال القهرية المتتابعة، الوهم أو السحر القهري.
- النظام والنظافة والتدقيق، والأناقة الزائدة وحب السيميترية.

5-3- الأعراس الاجتماعية:

يؤثر الوسواس القهري على النواحي الاجتماعية محدثا اضطرابا للفرد وتتمثل الاضطرابات الاجتماعية فيمايلي:

- الإنسحاب من العمل، العلاقات والأنشطة الاجتماعية، قلة الميول والاهتمامات، نتيجة التركيز على الأفكار المتسلطة والسلوك القهري، وذلك لأن الطقوس القهرية التي يمارسها الشخص المصاب تصبح هي النشاط الحياتي الرئيسي الذي يمارسه، مما يؤدي إلى مشكلات خطيرة في العلاقات الزوجية وعلاقات العمل، وقد يؤدي التجنب المقاوم الذي يلتزم به المريض إلى بقاءه بالمنزل والتخلي عن كثير من الأنشطة الاجتماعية المعتادة، بالإضافة إلى أنها تستنفذ معظم وقت الشخص المصاب (نوفل، 2016).

5-4- الأعراس الإكلينيكية: ويمكن تقسيمها الي:

5-4-1- الوسواس:

- وسواس تدور حول القذارة والعدوى:

- خوف غير مبرر يتعلق بالإصابة بمرض ناتج عن القذارة أو العدوى، الاهتمام الزائد بالأوساخ، الجراثيم (بالإضافة إلى الخوف من نقل عدوى الجراثيم للآخرين)، وتلوث المحيط، خوف غير مبرر من الفضلات وبقايا المواد...الخ.

- الترتيب والسميترية: الرغبة الملحة في ترتيب الأشياء بنظام معين، الاهتمام غير الطبيعي

بالهيئة والمحيط.

وساوس التجميع والتخزين: عدم القدرة على التخلص من أي شيء بحجة أنه يمكن أن يحتاجه الشخص في أي وقت من الأوقات، وكذلك يتعلق الأمر حتى بالجرائد القديمة والإيصالات.

- وساوس ذات طابع جنسي: أفكار وصور جنسية يعتبرها الشخص غير لائقة وغير مقبولة.

- الطقوس التكرارية: تكرار النشاطات الروتينية بدون سبب منطقي، تكرار الأسئلة مرات ومرات، وإعادة كتابة أو قراءة الكلمات أو الجمل.

- شكوك لا معنى لها: خوف غير مبرر من الفشل في أداء نشاطات روتينية، على سبيل المثال توقيع شيك.

- وساوس دينية: أفكار تمس بقداسة الله والناحية الدينية، وكذلك الاهتمام الزائد بالقيم والصح والخطأ.

- وساوس ذات محتوى عنيف: الخوف من التسبب في كارثة، على سبيل المثال التسبب في اشتعال حريق، تسلط صور ذات مشاهد عنف، الخوف من الاستجابة لفكرة تدعو للعنف. على سبيل المثال طعن شخص ما بسكين والصراخ في وجهه، كذلك الخوف غير المنطقي بأن الشخص قام بإيذاء شخص كالخوف من دس شخص ما أثناء القيادة.

- الخوف الخرافي: الإيمان أن بعض الأرقام والألوان قد تجلب الحظ أو التعاسة

(March & Benton, 2007).

5-4-2- الأفعال القهرية:

5-4-2-1- الغسل والتنظيف القهري: غسل الأيدي، الاستحمام، أو غسل الأسنان بشكل نمطي متكرر، شعور ملتصق بالأدوات المنزلية كالصحن ملوثة ولا يمكن غسلها بشكل الكافي لكي تتظف فيستمر الشخص في غسلها لفترات طويلة.

- أفعال قهرية تتعلق بوضع الأشياء في الوضع الصحيح:

الحاجة الملحة إلى تناظر الأشياء والترتيب التام للمحيط كترتيب البضائع المعلبة في المخزن بترتيب هجائي، وضع الملابس بنفس الترتيب في الخزانة كل يوم، أو القيام بلبس بعض الملابس في أيام محددة، أو الاستمرار في القيام بعمل ما حتى يصبح صحيحا.

- التخزين والتجميع القهري:

فحص النفايات المنزلية بدقة في حالة رمي أشياء ثمينة، تجميع أشياء غير صالحة للاستعمال.

5-4-2-2- التديق القهري: التأكد بشكل مستمر ما إن كان الباب مغلقا، أو التأكد من جهاز ما إن كان مغلقا، التأكد مرارا وتكرارا إن كان الشخص قد دس شخص أثناء سياقة السيارة، ويبقى الشخص يحوم حول نفس المنطقة والتأكد مرارا من المرآة العاكسة.

التديق والتأكد المستمر من وجود أخطاء، التديق المتكرر في أجزاء الجسم للحصول على

إشارة تدل على إصابة مرضية.

وفيما يلي جدول يوضح كل ما تم ذكره سابقا:

جدول رقم (3): يوضح تصنيف الوسواس مع إعطاء أمثلة

أمثلة	الأفعال القهرية الشائعة	الأفكار الوسواسية	نوع فرعي للوسواس
شيلي تخاف من مرض السيدا وتخاف من استخدام مناطق الراحة العامة، وسواسها تدفعها لغسل يديها ضمن قواعد معينة.	الغسيل التنظيف	الخوف من القذارة الجراثيم، العدوى، الكيماويات، الإشعاع.	الغسيل
بيلي يخاف من أنه قد يقوم بقتل أخته عن طريق الخطأ، فيقوم بتخبئة كل السكاكين ويتأكد كل وقت إنها بخير.	التدقيق	يتخيل الشخص أنه أدى نفسه أو شخصا آخر، أو أنه تسبب في حصول شيء سيء	التدقيق
بدون سبب واضح، الوسواس يتطلب من سام أن يكون لديه قلمين رصاص مصففة بفارق 6 بوصات بالتحديد، قبل أن يتمكن من القيام بواجبه المنزلي، هذه العملية تتطلب من سام حوالي 45 دقيقة مما يدفعه لتجنب الواجب كليا.	الترتيب التنظيم اللمس،	الحاجة لموازنة الأشياء	التنظيم الترتيب التناظر.
الوسواس يخبر لورين أنها إذا لم تتمكن من إيجاد شيء ما، فشيء سيء سيحدث لها . وبما أن هذا الشيء غير معروف فهي لا تستطيع التخلص من أي شيء .	لا يستطيع رمي أي شيء، التأكد أن "هو" أو "هي" لم يتخلص من أي شيء	الخوف من فقدان شيء ما	الادخار
بسبب الوسواس تقوم إيفا بكل شيء ٦ مرات: إعادة القراءة، تمشيط شعرها، غسل يديها...	العد التكرار اللمس	الأرقام السحرية؛ شعور بالنقص، الدافع للتكرار.	العد والتكرار
بالرغم من كون آدم طبيعيا من الناحية الجنسية، إلا أن الوسواس يخبره بما أنه ينظر للأولاد فهو مثلي، وبالتالي يحاول أن ينظر فوق أو تحت، وإذا لم يتمكن يقوم بالدعاء لأن يتخلص من الوسواس.	الصلاة تطمين الذات البحث.	اقتحام الأفكار الجنسية أو الدافع، الشك الديني أو الأخلاقي، الحاجة للقول، السؤال، الاعتراف.	الشك

(March & Benton, 2007).

6- معايير تشخيص اضطراب الوسواس القهري:

6-1- وفقا للدليل التشخيصي الإحصائي الخامس (DSM.5) :

أ- وجود وسواس أو أفعال قهرية أو كلاهما:

1- أفكار أو اندفاعات أو صور متكررة وثابتة، تختبر في وقت ما أثناء الاضطراب باعتبارها

مقتحمة، متطفلة وغير مرغوبة وتسبب عند معظم الأفراد قلقا أو إحباطا ملحوظا.

2- يحاول المصاب تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور، أو تحييدها

بأفكار أو أفعال أخرى (أي بأداء فعل قهري).

تعرف الأفعال القهرية ب (1) و(2):

1- سلوكيات متكررة (مثل غسل اليدين، الترتيب، التحقق)، أو أفعال عقلية (مثل الصلاة، العد،

تكرار الكلمات بصمت) والتي يشعر المريض أنه مساق لأدائها استجابة للوسواس، أو وفقا

لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة.

2- تهدف السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو تقليل الإحباط أو القلق، أو منع حادث أو

موقف فضيع، بيد أن هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية إما أنها ليست مرتبطة بطريقة واقعية

بما هي مصممة لتحييده أو أنها مفرطة.

ملاحظة: الأطفال الصغار قد لا يكونون قادرين على التعبير عن أهداف هذه السلوكيات أو الأفعال

العقلية.

ب- تكون الوسواس والأفعال القهرية للوقت (تستغرق أكثر من ساعة يوميا مثلا)، أو تسبب إحباطا سريريا هاماً، أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

ت- أعراض الوسواس القهري لا تعزى للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلا إساءة استخدام عقار/دواء) أو لحالة طبية أخرى.

ث- لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل بأعراض اضطراب عقلي آخر (كالمخاوف المفرطة كما في اضطراب القلق المعمم، الانشغال بالمظهر، كما في اضطراب تشوه شكل الجسم، وصعوبة التخلص أو فراق المقتنيات، كما هو الحال في اضطراب الاكتناز، نتف الشعر، كما في هوس نتف الشعر (اضطراب نتف الشعر)، نزع الجلد كما هو الحال في اضطراب نزع الجلد، النمطية كما هو الحال في اضطراب الحركة النمطية، طقوس سلوك الأكل، كما هو الحال في اضطرابات الأكل، الانشغال بالمواد أو بالمقامرة، كما هو الحال في الاضطرابات الإدمانية وذات الصلة بالمواد، الإنشغال بوجود المرض كما هو الحال في اضطراب قلق المرض، الاندفاعات أو التخيلات الجنسية، كما هو الحال في اضطرابات الولع الجنسي، الاندفاعات كما هو الحال في اضطراب السلوك والسيطرة على الانفعالات، واجترار الذنب كما هو الحال في الاضطراب الاكتئابي الجسيم، زرع الأفكار أو الانشغالات التوهمية، كما في طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى، أو الأنماط متكررة من السلوك كما في اضطراب طيف التوحد.

تحديد ما إذا كان ذو بصيرة جيدة أو مناسبة: يدرك الفرد بشكل مؤكد أو بشكل محتمل أن

معتقدات الوسواس القهري ليست صحيحة.

مع فقر البصيرة: يظن الفرد أن معتقدات الوسواس القهري صحيحة على الأرجح .

مع غياب البصيرة/معتقدات توهمية: يكون الفرد مقتنعا تماما بأن معتقدات الوسواس القهري صحيحة. (الحمادي، 2017).

6-2- التصنيف الدولي العاشر والصادر عن منظمة الصحة العالمية (ICD.10):

(F42) اضطراب الوسواس القهري:

السمة الأساسية هنا هي أفكار وسواسية أو أفعال قهرية متكررة (لدواعي الاختصار سوف تستخدم كلمة "وسواسية" فيما يلي بدل من "وسواسية قهرية" عند الإشارة للأعراض، والأفكار الوسواسية هي أفكار، أو صور أو اندفاعات، تطرأ على ذهن الشخص المرة تلو المرة بشكل متكرر ونمطي، وهي دائما تقريبا مثيرة للانزعاج (لأنها غالبا عنيفة أو خارجة عن اللائق، أو ببساطة لأنها عديمة المغزى). ويحاول المريض عادة أن يقاومها، ولكن دون نجاح. ومع ذلك فإنها تعتر أفكاره الخاصة رغم كونها لا إرادية وغالبا كريهة. أما الأفعال أو الطقوس القهرية فهي سلوكيات نمطية تتكرر مرة تلو الأخرى، وهي لا تحمل في ذاتها متعة ولا يترتب عنها إنجاز مهام مفيدة في حد ذاتها. أما المريض فيرى فيها غالبا وقاية من حدث ما، لا يحتمل وقوعه موضوعيا، وغالبا ما يتضمن أذى موجها من الشخص أو إليه. وإن لم يكن دائما، يدرك المريض أن سلوكه هذا لا معنى ولا تفسير له ويبدل محاولات عديدة لمقاومته، وقد تكون هذه المقاومة ضئيلة جدا في الحالات المستمرة لفترات طويلة جدا، وعادة يكون هناك قلق لا إرادي واضح.

- **الدلائل التشخيصية:** من أجل الوصول إلى تشخيص مؤكد، يجب أن تتوفر أعراض وسواسية أو أفعال قهرية أو كلاهما في أغلب الأيام لمدة أسبوعين مستمرين على الأقل، وأن تكون مصدرا للانزعاج أو لتثويش الأنشطة المعتادة. وتتميز الأعراض الوسواسية بالميزات التالية:

(أ) يجب إدراك أنها أفكار المريض أو نزواته الخاصة.

(ب) يجب أن يكون هناك فكرة أو فعل واحد علي الأقل لا يزال المريض يحاول مقاومته دون

نجاح، حتى إذا كانت هناك أفكار أو أفعال أخرى توقف المريض عن مقاومتها.

(ج) يجب أن لا تكون الفكرة أو تنفيذ الفعل في حد ذاته مصدرا للمتعة (لا يعتبر مجرد تخفيف

التوتر أو القلق متعة بهذا المعنى).

(د) يجب أن تكون الأفكار، أو التصورات أو النزوات متكررة بشكل مزعج.

ويشمل:

- عصاب قهري
- عصاب وسواسي
- عصاب وسواس قهري

وقد يكون التشخيص الفارقي بين اضطراب الوسواس القهري وبين الاضطراب الاكتئابي صعبا، وذلك لأن نوع الأعراض كثيرا ما يجتمعان معا. وفي نوبة حادة من الاضطراب تعطي الأولوية في التشخيص للاضطراب الذي ظهرت أعراضه أولا. أما إذا توفر الاثنان دون غلبة أي منهما، فمن المفضل اعتبار الاكتئاب هو التشخيص الأولي.

وفي حالة الاضطرابات المزمنة، تعطي الأولوية للاضطراب الذي تستديم أعراضه في غياب الاضطراب الآخر. ولا تحول نوبات الهلع العارضة أو أعراض الرهاب الخفيفة دون استخدام هذا التشخيص. ولكن ظهور أعراض وسواسية في وجود فصام، أو متلازمة توريت أو اضطراب نفسي عضوي، يجب أن يعتبر جزءا من هذه الحالات.

وبالرغم من أن الأفكار الوسواسية قد تتواجد في نفس الوقت مع الأفعال القهرية، إلا أنه من المفيد أن يمكن تحديد أيهما أكثر وضوحا في بعض المرضى، ذلك لأنهما قد يستجيبان لعلاجات مختلفة.

(F42.0) اضطرابات قهرية تغلب عليها أفكار أو اجترارات وسواسية:

قد تأخذ هذه الاضطرابات شكل أفكار، أو صور نفسية، أو نزوات لإتيان فعل بعينه، وهي تتباين كثيرا في مضمونها ولكنها دائما تقريبا مزعجة بالنسبة للشخص. فقد تتعذب امرأة على سبيل المثال، بالخوف من أنها قد تفشل يوما ما في مقاومة الاندفاع لقتل طفلها الذي تحبه، أو بواسطة المضمون غير اللائق والغريب عنها لصورة ذهنية متكررة. وأحيانا تكون الأفكار مجرد أفكار لا طائل منها، تستهلك تفكيراً نهائياً وشبه فلسفي في احتمالات عسيرة التقدير. إن هذا التفكير غير الحاسم في البدائل يعتبر عنصراً هاماً في اجترارات وسواسية أخرى كثيرة، وعادة يصاحبه انعدام القدرة على اتخاذ قرارات بسيطة ولكن ضرورية في الحياة اليومية.

إن العلاقة بين الاجترارات الوسواسية والاكنتاب علاقة وثيقة بشكل خاص، وتعطى الأولوية لتشخيص اضطراب وسواسي قهري فقط في الحالات التي تظهر فيها الاجترارات، أو تستمر في غياب اضطراب اكتئابي.

(F42.1) اضطرابات قهرية تغلب عليها أفعال قسرية (طقوس وسواسية):

تدور أغلبية الأفعال القهرية حول النظافة (خاصة غسيل اليدين)، أو التحقق المتكرر من تأمين وضع معين يحتمل أن ينجم عنه خطر، أو التحقق من النظام أو الترتيب. ووراء هذا السلوك الواضح يوجد خوف يكون ناجماً عادة من خطر يصدر ضد شخص أو منه، وتكون هذه الطقوس محاولات غير مؤثرة أو رمزية لمنع هذا الخطر. وقد تستغرق أفعال الطقوس القهرية ساعات طويلة كل يوم

ويعانيها أحيانا تردد وبطء شديدان. وهي بصفة عامة تشيع بشكل متساوي بين الجنسين وإن كانت طقوس غسل اليدين تشيع أكثر بين النساء، في حين يشيع البطء بدون تكرار أكثر بين الرجال. وترتبط أفعال الطقوس بدرجة أقل مع الاكتئاب عنه مع الأفكار الوسواسية، كما أنها تكون أكثر استجابة للعلاجات السلوكية.

(F42.2) أفكار وأفعال وسواسية مختلطة: يعاني أغلب مرضى الوسواس القهري من كل من التفكير الوسواسي والسلوك القهري. ويجب استخدام هذه الفئة إذا كانت الظاهرتان واضحتين بالتساوي، كما هي الحال غالبا. ومع ذلك فمن المفيد تسجيل إحدهما فقط إذا كانت بارزة بشكل واضح، ذلك أن الأفكار والأفعال قد تستجيب لعلاجات مختلفة.

(F42.8) اضطرابات وسواسية - قهرية أخرى

(F42.9) اضطراب وسواسي - قهري، غير معين (منظمة الصحة العالمية، 1992).

7- أهم الملامح الرئيسية للمصابين باضطراب الوسواس القهري:

رصدت العديد من الدراسات أهم ملامح المصابين باضطراب الوسواس القهري وتتمثل في:

7-1- التجنب: إن الكثير من المصابين بالوسواس القهري غالبا ما يأخذ سلوكهم سلوك التجنب، والمعروف في حالات الفوبيا. وقد يتعلق الأمر بتجنب المنبهات، أو القيام بالسلوك الذي قد يتضمن إمكانية إطلاق الوسواس أو الأفعال القهرية.

7-2- الخوف من الكوارث: يذكر معظم الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري، خشيتهم من إمكانية التعرض لكوارث سوف تحدث إذا هم أهملوا القيام بسلوكهم القهري. مثل غسل اليد بطريقة قهرية لمنع وقوع حادث ما.

7-3- المقاومة: اعتبرت مقاومة الوسواس والأفعال القهرية خاصية محورية في حالات الوسواس القهري، وإذا كان بعض الأشخاص يحاولون المقاومة ويستمرون فيها، فإن البعض الآخر من المرضى يعتقدون بأنه لا توجد لديهم من الأساس مقاومة قوية، ويبدو الأمر وكأنهم قد توقفوا عن المقاومة واستسلموا للواقع.

7-4- السعي للحصول على التأكيدات: يلجأ كثير من مرضى الوسواس القهري للسعي الدائم للحصول على تأكيدات من أفراد الأسرة (التأكد من إغلاق صنبور المياه مثلاً)، وعندما يحصل العميل على التأكيدات التي يطلبها من الآخرين أو يقوم بها هو يشعر بالتحسن، إلا أنه بعد فترة يتكرر طلب التأكيدات.

7-5- المقاطعة: عندما ينخرط مرضى الوسواس القهري في سلوكهم القهري، فإنهم يشعرون بالحاجة إلى القيام به بمنتهى الدقة أو بدون مقاطعة، وإذا حدثت المقاطعة (أي حدث ما يجعله يتوقف عن القيام بسلوكه القهري) فإنه يبدأ من جديد.

7-6- تأمل الأفكار: يعد تأمل الأفكار أحد المظاهر الأساسية المميزة لاضطراب الوسواس القهري، إذ يظل الشخص في حالة (طرح) أسئلة على نفسه و(طرح) احتمالات و(انشغال دائم ومستمر) بالتفكير في موضوعات فلسفية مثل: هل هناك حياة بعد الموت؟... وغيرها من التساؤلات (غانم، 2017).

8- النظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري :

لقد حاولت العديد من النظريات النفسية التطرق للاضطراب الوسواس القهري، وقدمت تفسيرات تختلف باختلاف نظرتها للاضطراب وكيفية تطوره، وسنورد في هذه الجزئية بعض التوجهات النظرية:

8-1-النماذج السلوكية: تبنى مووير (Mowere,1930) النظرية ذات المرحلتين (اكتساب واستمرار تدعيم الخوف والسلوك التجنبي) لتفسير المخاوف المرضية واضطراب الوسواس القهري، وقد ادخل عليه مورر تعديلات سنة (1960)، وتقتض هذه النظرية أن الحدث المحايد يرتبط أولاً بالخوف، نتيجة اقترانه بمثير يثير بطبيعته الشعور بعدم الارتياح أو القلق. ومن خلال العمليات الشرطية، تكتسب الأشياء والأفكار وكذلك الصور القدرة على إثارة الشعور بعدم الراحة. وفي المرحلة الثانية من هذه العملية، تطور استجابات الهروب أو التجنب للتقليل الشعور بالقلق أو عدم الراحة، والذي تثيره مثيرات شرطية متعددة، ويدعمها نجاحها في ذلك. وقد تبنى دولارد وميلر (Dollard and Miller 1950) نظرية مورر في تفسير الرهاب والوسواس القهري، وكما ذكر سابقاً، فإنه نتيجة للطبيعة المقترحة للوسواس القهري، لا يمكن تجنب عديد من المواقف التي تثير الوسواس فعلاً، وتتجح سلوكيات التجنب السلبي مثل تلك التي يستخدمها مرضى المخاوف في تخفيف الشعور بالكرب الوسواسي، وتتطور أنماط التجنب الإيجابي في شكل سلوك طقسي وتثبتي، وتستمر نتيجة لنجاحها في تخفيف الشعور بالكرب.

وقد أشارت نتائج العديد من الدراسات إلى أن الوسواس تسبب الشعور بالقلق وعدم الراحة، وأن الدفعات القهرية تخفضها. وقد أسفرت نتائج عديد من التجارب على مرضى الوسواس القهري، سواء الذين يغتسلون باستمرار أو يراجعون باستمرار كل ما يصدر عنهم أو حولهم من أنشطة، ويتناقص القلق في أغلب الأحيان عقب أداء الطقس (بارلو، 2002).

8-2-النموذج المعرفي السلوكي لبول سالكوفكسي: (Paul Salkovkis)

إن المقاربة المعرفية لاضطراب الوسواس القهري تم اقتراحها من قبل الباحث (بول سالكوفكسي) سنة 1982، والتي ارتكزت على فرضية عامة مفادها أن تواجد الأفكار الاقتحامية هو شيء طبيعي،

ولكن يحدث خلل في ترجمة هذه الأفكار عند الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري. فيرتكز هذا النموذج على المفاهيم التالية:

- تأويل الأفكار المألوفة على أنها غير طبيعية، غير صحية وخطيرة:

الأفكار الإقحامية: عالمية ومألوفة، وبمعنى آخر فإن الأفكار التي نجدها عند الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري، هي أفكار عادية لدى جميع الناس ولا تمثل أي محتوى غير طبيعي في حد ذاتها. على سبيل المثال: "لا بد من أن أتأكد أنني غلقت الباب جيدا قبل أن أتحرك من أمام البيت"، ويرى كوترو Cottraux أن مشكلة اضطراب الوسواس القهري تكمن في نظام التحكم في الفكرة الإقحامية وليس في مضمون الفكرة في حد ذاتها، والتي تعتبر أفكار مألوفة لدى (80%) لدى عامة الناس.

- مشاعر مبالغ فيها فيما يتعلق بالمسؤولية والشعور بالذنب:

إن الأفكار الأنوماتيكية السلبية التي تكمن في التفسير السلبي للأفكار الإقحامية، والتي تنشأ أساسا من المخططات المعرفية اللاشعورية، وبالتحديد المخططات التي تتضمن تحمل المسؤولية والشعور بالذنب. وبشكل عام فإن المخططات المعرفية تمثل التمثيلات اللاشعورية لدى أي شخص، وهذه التمثيلات تعكس فكرته عن ذاته، عن الآخرين، وعن العالم من حوله. وكبنيات تتمركز في الذاكرة بعيدة المدى فإن توازنها يلعب دورا مهما في بناء الشعور بالهوية. ويظهر المشكل بشكل واضح عندما تنشط بعض المخططات المعرفية المعاناة بسبب تنشيط جامد ومكثف. إن الشخص الذي يعاني من الوسواس القهري قد يشعر بالمسؤولية تجاه كل ما يحدث في عالمه المباشر، ويشعر بتأنيب الضمير إذا اعتبر أن ما يحصل ناتج عن تقصير منه في استخدام كل الطاقات لتجنب الخطر يهدده أو يهدد من حوله.

- استجابات انفعالية مكروهة: حسب النموذج المعرفي فإن الوسواس القهري ينشط مشاعر مؤلمة حيث يمكن أن تحتوي القلق، الخوف، الهلع، العار، التقرز وفي بعض الأحيان يصف المصابون مشاعرهم بشكل أكثر غموضاً كتوعك أو ضغط غير مرغوب فيه.

- اللجوء لكل من الطقوس والسلوكيات القهرية والتجنب:

إن الأفكار و/أو السلوكيات التي من شأنها التخلص من الاستجابات الانفعالية المكروهة، والتي ترتبط بالأفكار الأنوماتيكية السلبية، وبالتالي تجنب تكوين محتوى التأويل السلبي كما يظهر ذلك في الوظائف التي تعزى إلى الطقوس القهرية. أما الاستراتيجيات الأخرى فتتمثل في تجنب المثيرات التي تنشط الأفكار الاقتحامية وكذا محاولات قمع هذه الأخيرة .

إن معالجة المعلومات الناتجة عن التنشيط الزائد للمخططات المعرفية المرتبطة بالمسؤولية والشعور بالذنب، هي المسؤولة عن ديمومة الأفكار الاقتحامية ومحاولة قمع هذه الأفكار يؤدي إلى تفاقمها (Dantin , 2014).

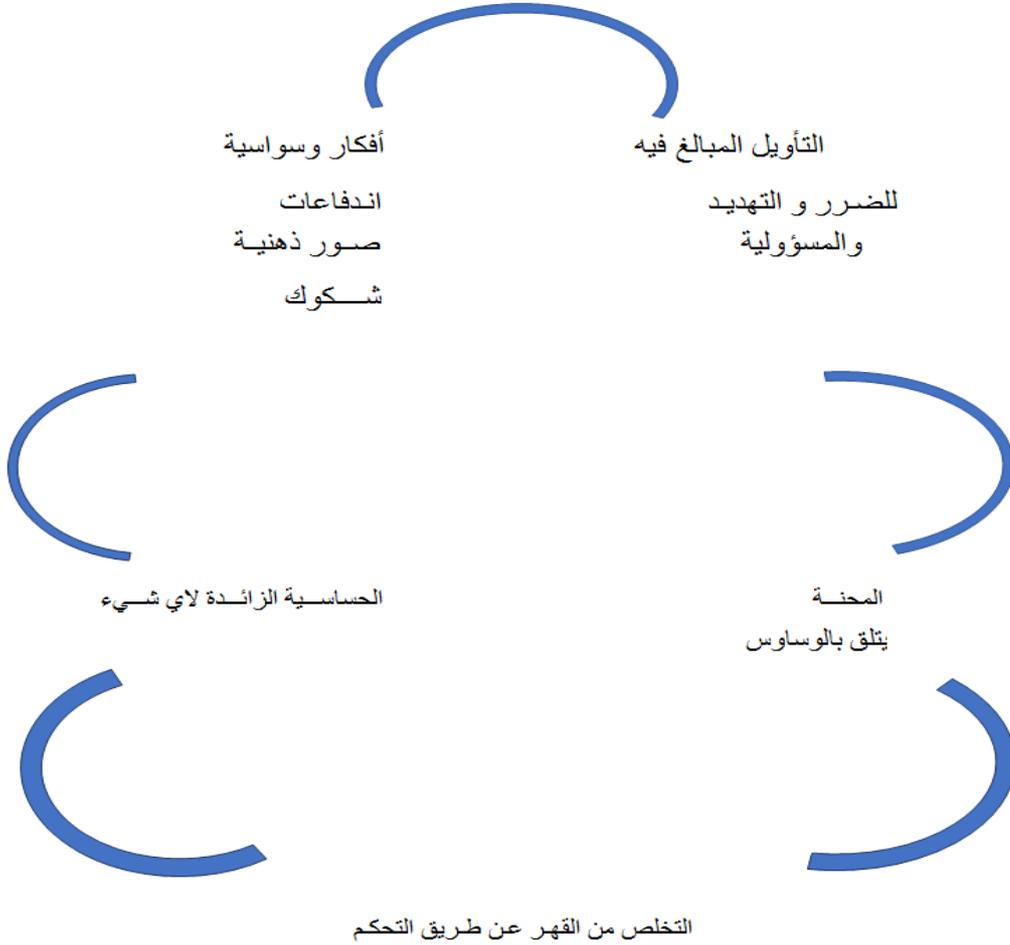
ولقد حدد هذا الاتجاه ثلاث مظاهر تلعب دوراً مفتاحياً في تطور وديمومة الوسواس القهري

وهي:

- الأفكار الاقتحامية: "بابي ليس مغلقاً بشكل محكم".

- الأفكار الأنوماتيكية: "سنتعرض للسرقة بسببي".

- التخلص: "سأؤكد أن كان الباب مغلقاً بإحكام" (Clair & Trybou, 2013).



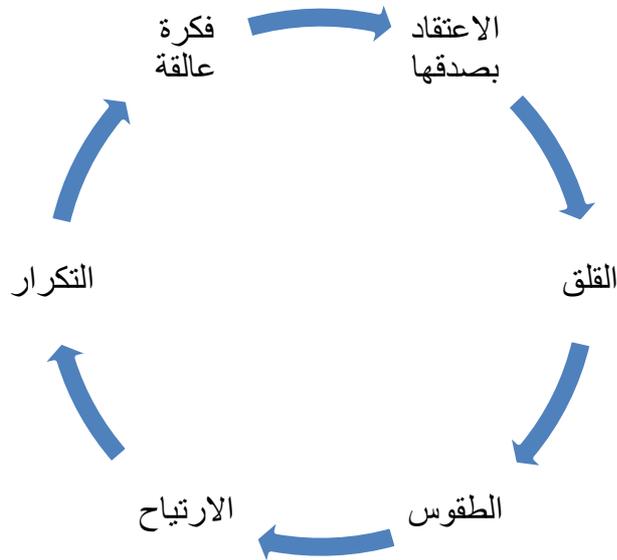
الشكل رقم 4- يمثل النموذج المعرفي السلوكي للوسواس القهري (Purdon & Clark, 2005)

وكما يتضح من الشكل رقم 4- يرى النموذج المعرفي السلوكي أن الوسواس تتطور وتستمر لأنه يتم المبالغة في ترجمة الوسواس على أنه يدل على ضرر أو خطر أو تهديد، وكذلك شعور الشخص المصاب بأنه هو المسؤول عن ما يمكن أن يحصل، ومن الصعب الشعور بالهدوء والإسترخاء عندما يكون لدى الإنسان هذا النوع من التفكير. فعندما يتم ترجمة الأفكار بهذا الشكل يتولد عن ذلك شعور شديد بالخوف، وبالتالي يلجأ إلى القيام بالسلوكيات القهرية للتخلص من هذا

الشعور، أو التخلص أو التجنب أو اللجوء إلى استراتيجيات التحكم الذهني. وكل الاستراتيجيات المستخدمة في التحكم في الأفكار الوسواسية تصبح في حد ذاتها محفزات للأفكار الوسواسية، وبهذا الشكل يزيد تكرار الأفكار الوسواسية. حيث يصبح دماغ الشخص المصاب فعالاً جداً في الكشف عن أي شيء عنده علاقة بالفكرة الوسواسية (Purdon & Clark, 2005).

ولقد قدم تيموتي سيسمور (Timothy A. Sisemore) في كتابه تحرر من الوسواس

(free from ocd) نموذجاً لحلقة الوسواس بالشكل التالي:



الشكل رقم -5- يمثل حلقة الوسواس (Sisemore, 2010).

8-3- نموذج تعطل نظام كشف الأخطاء :

استوحى هذا النموذج من أعمال جانيه (Janet) حيث قام بيتمان (Pitman) باقتراح نموذج للوسواس القهري، يركز على التعرف على الخطأ والقلق الناتج عنه . فلقد اعتبر جانيه أن الوسواس والسلوكيات القهرية هي نتاج الشعور بالنقص، أما بيتمان فقد اقترح وجود نظام تحكم داخلي في السلوكيات التي وظيفتها المقارنة بين الإشارات المدركة والإشارات المرجعية. إن "إشارة خطأ داخلي" يمثل فرق بين الإشارة المدركة والإشارة المرجعية. سيتم توليدها فيما بعد في حالة كون الإشارة صفرية إدراك الخطأ)، لا بد للشخص أن يكيف سلوكه لتغيير الإشارة المدركة لتتوافق مع الإشارة المرجعية. ويرى بيتمان أن ما يحصل في اضطراب الوسواس القهري ناتج عن خلل في نظام التعرف على الخطأ والذي يزيد تنشيطه، ولا يكون مجديا بالرغم من المحاولات المتكررة الناتجة عن الاستجابات السلوكية للفرد. ولهذا السبب تتسم سلوكيات الشخص المصاب بالتكرار، وذلك راجع للبرمجة السلوكية التي يتم تكرارها بهدف خفض إشارات الخطأ المدرك، ولكن كل محاولة لخفض إشارة الخطأ ستؤدي إلى النتيجة العكسية والتي تحفز دورة جديدة.

وإشارات الخطأ هذه تولد أفكار شك وهي الأخرى سببا في الشعور بالقلق، وبالتالي يمكن اعتبار السلوكيات القهرية كاستجابات سلوكية، والتي تهدف أساسا للتخلص من القلق الناتج عن الشك المرضي وإشارة الخطأ المرتبطة به (Clair & Trybou, 2013).

8-4- النظرية البيولوجية- الفسيولوجية:

يتجه أصحاب النظرية البيولوجية في تفسير سلوك الوسواس القهري إلى عدد من المتغيرات منها العامل الوراثي، وتركيب المخ والشذوذ الكيميائي.

8-4-1- الوراثية: تلعب دورا هاما في نشأة الوسواس القهري، فقد وجد أن بعض أبناء المرضى يعانون من نفس المرض. ويتداخل العامل الوراثي مع البيئي، لأن تأثير الأبوين غير المرن، ذوي المثل العليا، والضمير الحي الموسوس في تصرفاته سينعكس ذلك على شخصية الأطفال سواء وراثيا أو بيئيا. وأثبتت دراسات تاريخ الأسرة ودراسات التوائم أهمية العامل الوراثي في تحديد سمات الشخصية الوسواسية، وفي زيادة معدل شيوع اضطراب الوسواس القهري بين أقارب المصابين بالمرض (نوفل، 2016).

8-4-2- الناقلات العصبية وتركيب المخ: ترى النظرية البيولوجية أن مرضى اضطراب الوسواس القهري لديهم نقص في مواد الناقلات العصبية التي يحملها جين معين، مما يعطل عمل الإشارات العصبية، ويسمى هذا الناقل بالسيروتونين، ونقصه يؤدي إلى ظهور الفكرة الوسواسية. كما أظهرت دراسات تصوير المخ زيادة في معدل نشاط فصوص المخ الأمامية، ومعدل نشاط النوى القاعدية، وكذلك منطقة الحزام في مرضى الوسواس القهري مقارنة بغيرهم من الناس. وأيضا أسفرت نتائج دراسات رسم المخ عن وجود اختلافات واضحة في نشاط المخ الكهربائي بين مرضى الوسواس القهري والأشخاص العاديين.

ويرجع اضطراب الوسواس القهري في ضوء النظرية الفيزيولوجية إلى وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ، وتسبب هذه البؤرة حسب مكانها في اللحاء فكرة أو حركة أو اندفاعا، وتستمر هذه الدائرة الكهربائية في نشاطها رغم محاولة مقاومتها، وهذه البؤرة وإن كانت في حالة نشاط مستمر. إلا أنها على اتصال دائم بكافة الدوائر الكهربائية في لحاء المخ، ولذا يتبين للمريض عدم صحة هذه الفكرة لأن بقية اللحاء أو مراكز الفكر تقاوم هذه البؤرة (عبد الهادي، 2012).

وسنحاول من خلال الفقرة القادمة التطرق لمختلف الأساليب العلاجية التي تناولت الوسواس

القهري.

8-4-3- نموذج العلاج بالتقبل والالتزام: ترى نظرية الأطر العلائقية (وهي النظرية التي يقوم عليها

العلاج بالتقبل والالتزام) أنه يمكن تفسير الوسواس القهري من خلال التجنب التجريبي، والذي يحدث

كنتيجة للأفكار الوسواسية والقلق المرتبط بيها، والذي من خلاله يحاول العميل الاندماج في سلوكيات

لتغيير وتيرة أو مدة أو شكل المعاش الداخلي غير المرغوب فيه (أفكار، مشاعر، أحاسيس جسدية

أو ذكريات) وكذا المواقف التي تستثيرهم.

إن الشخص المصاب بالوسواس القهري يحاول تجنب كل المواقف التي تحفز وسواسه، سواء

كان ذلك من خلال التجنب في حد ذاته أو الإنهماك في السلوكيات القهرية، العقلنة، إلهاء الذات وكذا

محاولة قمع الأفكار ردا على الضيق المرتبط بالوسواس. ولذلك يعتبر التجنب التجريبي شكل من

أشكال التعزيز السلبي للوسواس القهري، كما يعتبر شكل من أشكال تنظيم الانفعالات وهذا الأخير

يعرف على أنه أي استجابة تؤثر على نوعية المشاعر التي نشعرها، متى نختبرها وكيف نعيشها

ونعبر عنها. وتنظيم الانفعالات لا يعتبر خلا وظيفيا في حد ذاته، ولكنه يمكن أن يصبح كذلك في

حالة الوسواس القهري حينما يستهدف هذا التنظيم القلق المرتبط بالوسواس، والذي لا حاجة في

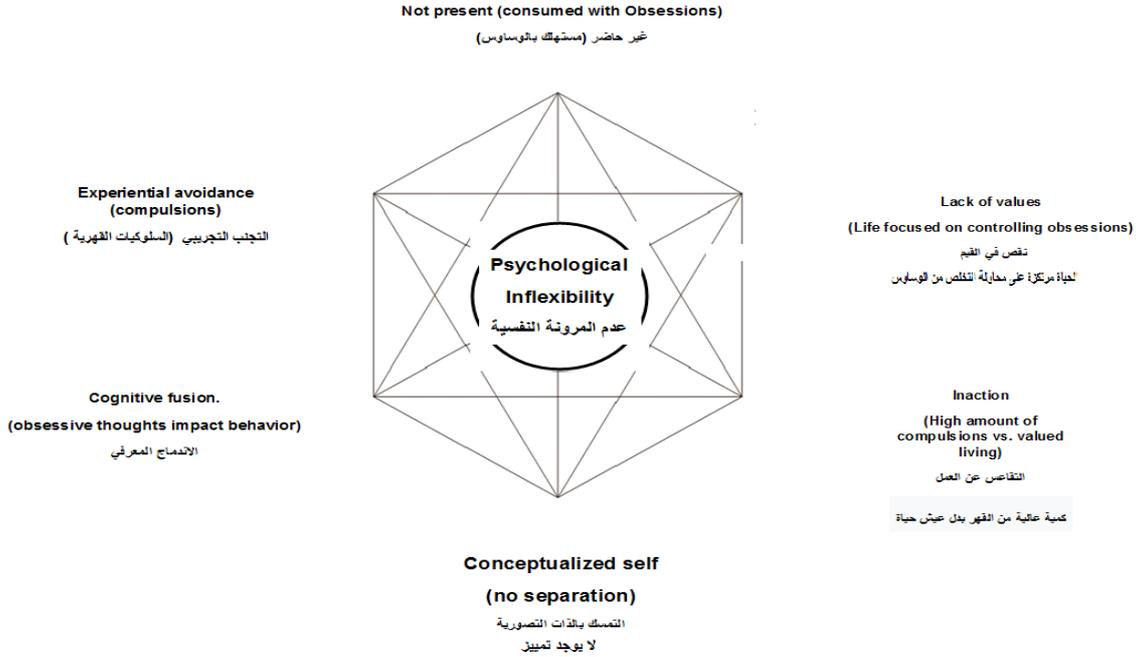
الحقيقة لتنظيمه لأنه يمثل جزء من الطبيعة البشرية. ولما تصبح عملية التنظيم الانفعالي هذه عقبة

في طريق عيش حياة طبيعية تصبح مشكلة (Essays, 2018). ولقد حاول توهيغ تقديم نموذجاً

لاضطراب الوسواس القهري حسب منظور العلاج بالتقبل والالتزام والمتمثل في الشكل التالي:

ACT model of psychopathology in OCD

نموذج العلاج بالتقبل والالتزام في سيكوباتولوجيا لاضطراب الوسواس القهري



الشكل رقم 6- نموذج العلاج بالتقبل والالتزام في سيكوباتولوجيا لاضطراب الوسواس القهري

(Essays, 2018)

9- أساليب علاج الوسواس القهري:

لقد تعددت الأساليب العلاجية والتي حاولت مساعدة العميل على السيطرة على حياته، بدلا من أن يكون خاضعا لأفكاره الوسواسية، ويقضي جل وقته في أداء سلوكيات ليس من شأنها إلا أن تجعل الأمر أكثر تعقيدا. وبما أن اضطراب الوسواس القهري يعد من أعقد الاضطرابات النفسية، ومع ثبوت عدم فعالية العلاج النفسي الدينامي والعلاج النفسي الإيحائي في تحسين أعراضه، إلا أن ظهور

العلاجات السلوكية الفعالة والعلاج بالسيروتونين حسن كثيرا من آمال هذا العلاج. وفيما يلي بعض الطرق العلاجية:

9-1- أساليب العلاج السلوكي:

9-1-1- العلاجات السلوكية المبكرة:

كثيرا ما كانت أساليب العلاج السلوكية المبكرة، والتي تهدف إلى تخفيض القلق المرتبط باضطراب الوسواس القهري تستخدم كأسلوب إزالة الحساسية بالتدريج، وعلى الرغم من الإدعاء في البداية أنّ هذا الأسلوب أثبت فعاليته في علاج اضطراب الوسواس القهري. ودلت التقارير على أن أسلوب إزالة الحساسية بالتدريج خفض الأعراض في 30% فقط من المرضى.

كما استخدمت أيضا إجراءات العلاج المصممة لتشجيع التعود على القلق عن طريق التعرض الطويل للمثيرات المخيفة لعلاج الوسواس القهري (مثل ذلك النوايا المتناقضة ظاهريا، والإغراق التخليقي، والإشباع، والتحرر من التنفير) ولم يكن لهذه الأساليب فعالية ملحوظة عموما.

وكانت أساليب العلاج السلوكي التي تهدف إلى وقف الأفكار أو عقاب الاستجابة والأفعال القهرية مثل وقف الأفكار، والعلاج بالتنفير، والحساسية الباطنة وغير الظاهرة، تستخدم أيضا لعلاج الوسواس القهري. وقد أشارت نتائج الدراسات إلى عدم فعالية أسلوب وقف الأفكار في عديد من دراسات الحالة وفي الدراسة الوحيدة المضبوطة لـ:

(Emmel-camp & Kwee,1977; Stern;1978, Stern, Lipsedge & Marks, 1979)

وقد نجح العلاج بالتنفير باستخدام الصدمات الكهربائية، واللسع بشريط مطاط على معصم اليد أو الحساسية الباطنة وغير الظاهرة بدرجة أكبر. ولكن لم تدرس كفاءة هذه الأساليب على المدى الطويل (بارلو، 2002).

9-1-2- الكف بالنقيض:

يعتبر جوزيف ولبى (Joseph Welby) الكف بالنقيض عبارة عن حالة خاصة من مبدأ الكف الشرطي، وإن معظم إجراءاته في العلاج تعتمد على هذا المبدأ وبصورة مبسطة. إن طريقة الكف بالنقيض تعتمد على وجود استجابة مضادة للإستجابة المراد إطفائها، والتي تظهر مع الأحداث المثيرة لها، وكلا الاستجابتين لا يمكن أن تحدثا في زمن واحد، لأنهما متضادتين، فالاستجابة الجديدة ستصبح من خلال محاولات متكررة يقوم بها المعالج مرتبطة بالأحداث المثيرة والتي أدت إلى الاستجابة القديمة التي استهدفت خفض التوتر أو الدافع. وفي مفهوم ولبى إن الكف الرجعي يؤدي إلى كف شرطي، وستميل الاستجابة الجديدة لأن تجر الأحداث السابقة المرتبطة بالاستجابة القديمة، والتي تميل أيضا إلى عدم الظهور تدريجيا. على سبيل المثال في بحوث ولبى حول القطط رأينا كيف قام ولبى بمعارضة استجابة تناول الطعام باستجابة الخوف (الخوف من الصدمة الكهربائية)، وبرهن ولبى من خلال ذلك على أن الاستجابات العصبية الفيسيولوجية المتعلقة بسلوك تناول الطعام والاستجابات المتعلقة بسلوك الخوف هما استجابتان متضادتان بصورة فطرية، ولا يمكن أن تحدثا في وقت واحد. وتبين لولبي أن القطة عندما تطعم في زاوية الغرفة بعيدا عن الجهاز الذي تعلمت من خلاله استجابة الخوف، فإن استجابة الخوف تضعف من إستجابة الأكل، بالرغم من بعد مكان الطعام عن المكان الذي يوجد به جهاز الصدمة الكهربائية. ويلاحظ أنه لو كانت إستجابة الخوف الصادرة من الجهاز أقوى من الاستجابة المضادة (استجابة تناول الطعام) لأمكن لهذه الاستجابة إطفاء الاستجابة الثانية، بينما إذا كانت استجابة الطعام أقوى فإن استجابة الخوف لا تحدث. ويتحقق هذا من خلال التدريبات. لذلك فإن الاستجابة المتعلمة هي التي ستكون أقوى من الإستجابة الأخرى. ومثل هذا الإجراء يكون ناجحا ومفيدا في حالات تجنب الاستجابات الضارة. ويرى ولبى أن مثل هذه

الحالات تتكرر مرات ومرات خلال الحياة اليومية. وكمثال على ذلك، فإن الطفل الذي اكتسب استجابة الخوف من الماء مما جعله يمتنع عن الذهاب إلى السباحة مع رفاقه، إلا أن حبه لهم كان أكبر بكثير من خوفه، فهو لذلك يذهب معهم. ومرة بعد مرة يصبح خوفه من الماء أقل من ذي قبل. ومشاعره الإيجابية للذهاب مع رفاقه تزداد. وبعد محاولات عدة يختفي الخوف تدريجياً أو يهبط إلى مستوى غير ظاهر. بالإضافة إلى ذلك فإن عملية التعميم ظهرت من خلال خوف الطفل من الماء قد خف تماماً وأصبح بإمكان الطفل ركوب القارب... إلخ. ويعتقد ولبي أن عملية النسيان تحدث بالطريقة نفسها، لذا فإن مبدأ الكف الشرطي وإضافاته هو المبدأ الأساسي في عملية الكف بالنقيض (الزرد، 2008).

9-1-3- التعرض ومنع الاستجابة:

يوضح ارستيدز- فولباتو كورديلي (Cordioli, 2008) أن أسلوب التعرض ومنع الاستجابة استخدم بنجاح في علاج الطقوس القهرية التي تأخذ شكل غسل اليدين، أو الاسراف في الاستحمام المرتبط بالخوف من التلوث أو المرض. وفي هذه الحالات يعرض المريض تدريجياً للأشياء التي يعتقد أنها ملوثة مثل: القاذورات، وقطع الأثاث في البيت، أو أوراق الصحف أو غيرها من الأشياء التي يدرجها بنفسه في قائمة الأشياء الملوثة التي ترغمه على الاغتسال (عبد الهادي، 2012).

وينطوي التعرض على مواجهة طويلة ومتكررة مع محفزات الوسواس ومنع الاستجابة يستلزم مقاومة الدافع لأداء الطقوس القهرية. حيث يقوم هذا النوع من التدخل بإضعاف الارتباط بين محفزات الوسواس وتنشيط الخوف من جهة، وبين طقوس الوسواس والتخلص من الخوف من جهة أخرى. وهذا التدخل يعلم العميل أنّ الخوف الوسواسي غير منطقي، كما أن سلوك التجنب أو الطقوس الوسواسية لا جدوى منها هي الأخرى (Abramowitz, et al., 2013).

إن السيورة والخطوات المتبعة في أسلوب التعرض ومنع الاستجابة موجزة، حيث يتم تقديم قائمة بالوسواس الأفعال القهرية لمساعدة العميل على التعرف على وساوسه وأفعاله القهرية. وتحتوي قائمة الوسواس على ما يلي: العدوى، الترتيب والتنظيم، التجميع والادخار، المثالية، الإذاء، المرض والسلامة، الأخلاق والدين، الشك، وفئات متنوعة. أما الأفعال القهرية يتم تحديدها كآلاتي: الغسيل والتنظيف، التأكد، التكرار، العد، الترتيب، الاحتفاظ، التجميع والادخار، الدين والأخلاق، التجنب، وغيرها. ويطلب من العميل وعائلته استخدام ورقة مراقبة الوسواس اليومية لمتابعة الأفكار الوسواسية والسلوكيات القهرية، وكذا المحفزات التي تؤدي إلى تنشيط الوسواس. ويتم استخدام صاروخ الخوف (The fear rocket) لتقييم أعراض الوسواس القهري وترتيبها حسب درجة القلق في شكل تسلسل الهرمي. ويتم استخدام التسلسل الهرمي للقلق كخريطة لتطبيق التعرض ومنع الاستجابة. حيث يتم البدء بالأعراض التي تولد أقل قلقاً أي الأسهل ومن ثم الانتقال إلى الأكثر شدة (Taylor, 2016).

إلا أن هذه التقنية حققت تأثيراً صغيراً في علاج مرضى الوسواس القهري بدون طقوس صريحة، كما أثبتت نتائج الدراسات والبحوث أن 20%-30% من المرضى لم يستجيبوا للعلاج، وقد يكون التعرض ميداني (In vivo)، أي التعرض الحي والواقعي للمثيرات، أو التعرض التخيلي للأماكن أو الموضوعات أو الظروف التي يتجنبها المريض بسبب الخوف أو القلق أو الغثيان الذي يمكن أن يحدثه الاتصال بها، أين يمنع من أداء الطقوس والأفعال العقلية القهرية عند التعرض للمثيرات (الهادي، 2012).

9-2- العلاج المعرفي السلوكي :

يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى تصحيح التشوهات المعرفية، وتغيير السلوك بهدف تمكين العملاء من تقييم مساهمتهم الخاصة في مشاكلهم وتعليمهم سلوكيات بديلة صحيحة.

يؤثر المرض النفسي على مجموعة الوظائف العليا للمخ، ولعلاج الاضطرابات لا بد من إعادة واسترجاع تلك الوظائف للقيام بوظائفها ومهامها لخدمة الفرد.

حيث قام آرون باك بملاحظة الأشخاص لحظة استجابتهم الانفعالية الشديدة لبعض الأفكار التي اقتحمتم أثناء الجلسات التحليلية. وهذا دفع به للبحث عن الكيفية التي تولد بها الأفكار المشاعر السلبية، وكيف للمشاعر أن تؤثر على السلوك. وخلال هذه السيرورة طوّر آرون بيك النموذج المعرفي، حيث افترض أن التفسير الخاطئ أو المشوه لتجربة الشخص يرتبط ببعض الاستجابات، وعندما يتم التعرف على هذا النمط من الأفكار يمكن تغيير الاستجابة. ولقد أطلق بيك على هذه الأفكار مصطلح "المعارف الساخنة أو الأفكار الأتوماتيكية". كما قام بيك بتطوير قائمة بالتشوهات المعرفية وذلك إنطلاقاً من الأفكار الأتوماتيكية. ويمكن فهم التشوهات المعرفية على أنها عدسات نضعها على أفكارنا فتؤثر في الكيفية التي نراها فيها. وهذا هو الميكانيزم الذي نكون بسببه فريسة لأفكارنا الأتوماتيكية (Hershfield & Corboy, 2013).

9-3- العلاج بالتقبل والالتزام:

يعتبر العلاج بالتقبل والالتزام مقارنة سياقية تجريبية للعلاجات النفسية، والتي هي جزء من فئة واسعة من العلاجات المعرفية السلوكية. حيث يركز على رفع المرونة النفسية والتي تتمثل في القدرة على الاتصال باللحظة الحالية وملاحظة ما يحدث في العالم الداخلي، مع القدرة على الاندماج في السلوكيات المهمة. ويستهدف العلاج بالتقبل والالتزام ست عمليات للتغيير بما في ذلك التقبل والإنفتاح، الوعي باللحظة الحالية، فك الاندماج المعرفي، الأنا كسياق، السلوك الاهتمامي اللتزامي والقيم.

وخلال سيرورة العلاج يقوم المعالج بمساعدة العميل على استيعاب فكرة مفادها أن ما يحصل معه هو أمر طبيعي ولا خلل فيه، وإنما نوعية الاستجابة للأفكار الوسواسية سواء تعلق الأمر بالتجنب، أو محاولة التخلص من الوسواس التي يعاني منها والتي هي السبب الأول والأساسي في تفاقم الأعراض لديه. ولكي يتعلم العميل التعامل مع ما يحدث معه في عالمه الداخلي يقوم المعالج بنقله بشكل مرن من خلال المكونات الستة للمرونة النفسية السابق ذكرها (Twohig, et al., 2015).

10- مآل اضطراب الوسواس القهري:

كان ينظر فيما مضى لمآل اضطراب الوسواس القهري على أنه أسوأ من باقي الأمراض النفسية العصابية. أما الآن فالمآل يكاد يوازي باقي الأمراض النفسية، إلا أنه يعتبر من أصعبها علاجاً وخاصة في الحالات الشديدة (زهرا، 2005).

ويذكر أحمد عكاشة أنه قبل عشر سنوات كان حوالي نصف إلى ثلث الحالات تتحسن في غضون سنوات، على الرغم من أن كافة أنواع العلاج، ويبدو أن هذا التحسن يحدث بغض النظر عن الطرق المتبعة في العلاج، والتي يعتقد أن تأثيرها يرتكز على تقليل التوتر والقلق والاكتئاب المصاحب للوسواس القهري تاركاً الوسواس ليشفى تلقائياً.

وتفيد الأبحاث الحديثة أن حوالي 70-80% من مرضى الوسواس القهري يتمثلون للشفاء بعد استعمال العقاقير المثبطة لاسترجاع السيروتونين، والتي تزيد من السيروتونين في المستقبلات العصبية مع العلاج السلوكي. ولكن للأسف تزيد نكسة المريض بعد التوقف عن العلاج الكيميائي والسلوكي، ويجب أن يستمر العلاج لمدة لا تقل عن ستة أشهر وقد تستمر لعدة سنوات (عبد الهادي، 2012).

ويعتقد إنسل (1990) أن الذهان الناتج عن الوسواس القهري يختلف أساسا عن الفصام، ويحتمل أن يكون نوعا مستقلا من الذهان له مسبباته البيئية ومصيره مختلف عن الفصام. ويقول أحمد عكاشة أنه لاحظ ذلك في العديد من الحالات، حيث استمرت شخصية المريض متكاملة حتى في وجود الذهان ولم يحدث أي تدهور سلوكي أو في الشخصية، وهذا يختلف عن ما يحدث في الفصام. ويبدو أن هذا الذهان له علاقة بدرجة البصيرة، ويسمى أحيانا بالوسواس الضلالي، حيث يتحول الوسواس أحيانا بسبب طول المدة إلى اعتقاد خاطئ، وهنا تنعدم البصيرة والمقاومة (عكاشة، 2017).

قدمت الطالبة الباحثة نظرة شاملة عن اضطراب الوسواس القهري ومختلف العلاجات التي حاولت التطرق له من وجهات نظر مختلفة، وسيتم خلال الفصول القادمة تتبع كيف يمكن للعلاج بالتقبل والالتزام أن يطبق على هذا النوع من الاضطرابات من خلال الدراسة الميدانية.

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية

1- منهج الدراسة

2- عينة الدراسة

1-2- عينة الدراسة الاستطلاعية

2-2- عينة الدراسة الأساسية

3- حدود الدراسة.

4- أدوات الدراسة

5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الحالية

1- منهج الدراسة:

المنهج هو الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم، بواسطة طائفة من القواعد العامة، التي تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة.

ويمثل المنهج العلمي أسلوباً للتفكير يعتمد على الباحث لتنظيم أفكاره وتحليلها وعرضها، وبالتالي الوصول إلى نتائج وحقائق معقولة حول الظاهرة موضع الدراسة (عليان، 2000).

إن اختيار منهج الدراسة تقتضيه وتحدده مجموعة من العوامل: كموضوع البحث، أهميته، أهدافه، فروضه، وكذا الوسائل المستخدمة لجمع البيانات. ونظراً لكون الدراسة الحالية تسعى لمعرفة فعالية برنامج علاجي قائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من أعراض الوسواس القهري، فإن المنهج الذي تم اعتماده في هذه الدراسة هو المنهج التجريبي. حيث يعد هذا المنهج من أقرب المناهج إلى الطريقة العلمية الصحيحة والموضوعية في البحث عن الحقيقة، اكتشافها، تفسيرها، التنبؤ بها والتحكم فيها. إلا أنه في كثير من الأحيان لا تتوفر شروط التجريب كاملة أمام الباحث، فليجأ إلى أحد تصاميمه التي قد تكون شبه تجريبية (حسين، 1999)، مثلما هو الحال في الدراسة الحالية.

ويرى (البياتي، 2018) أن تصميم المجموعة الواحدة يستخدم بتعريض المجموعة لاختبار قبلي لمعرفة حالتها قبل إدخال المتغير التجريبي، ثم نعرضها للمتغير التجريبي ونقوم بعد ذلك بإجراء اختبار بعدي، فيكون الفرق في نتائج المجموعة على الاختبارين القبلي والبعدي ناتجاً عن تأثيرها بالمتغير التجريبي.

وهذا ما تم اتباعه في الدراسة الحالية، حيث قامت الطالبة الباحثة بقياس قبلي لأفراد المجموعة التجريبية كل في جلسة مستقلة، ومن ثم تطبيق البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام بشكل فردي أيضاً، وبعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي تم إجراء القياس بعدي لأفراد العينة بشكل فردي.

2- عينة الدراسة:

بما أنه من الصعب على الباحث أن يتصل بعدد كبير من المعنيين بالدراسة، فإنه لا مفر من اللجوء لأسلوب أخذ العينات التي تمثل المجتمع الأصلي (بوحوش و ذنبيات، 2001).

ونقصد بالعينة طريقة جمع البيانات والمعلومات من عناصر وحالات محددة، يتم اختيارها بأسلوب معين من جميع عناصر ومفردات مجتمع الدراسة، وبما يخدم ويتناسب ويعمل على تحقيق هدف الدراسة (عليان، 2000). إن طبيعة الموضوع محل الدراسة تتطلب الحصول على البيانات المطلوبة من عينة تتميز بخصائص محددة، كونها تقع تحت فئة الحالات التي تعاني من اضطراب نفسي محدد. وقبل التطرق للعينة الرئيسية تجدر بنا الإشارة للعينة الاستطلاعية، والتي تم اعتمادها لحساب الخصائص السيكومترية للأدوات والتي ستستخدم في عينة الدراسة الأساسية.

2-1- العينة الاستطلاعية: كان الهدف من هذه العينة هو حساب الخصائص السيكومترية للمقاييس

التالية:

- مقياس التقبل والفعل - النسخة الثانية (Acceptance and Action Questionnaire - (AAQ-II).

- مقياس المرونة النفسية ومقياس تصديق أفكار ومشاعر القلق لقياس الاندماج المعرفي

(believability of anxious feelings and thoughts questionnaire BAFT).

- مقياس الوعي الكامل لفريبورغ (Freiburg Mindfulness Inventory, FMI)، وهو أن يكون الشخص في حالة إدراك لما يقوم به لحظة القيام به.

وقد اعتمدنا على عينة قوامها (50) فردا، تم اختيارها بطريقة عرضية، ويمكن توضيح خصائص هذه العينة الاستطلاعية كما يلي:

2-1-1- توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الجنس والفئة العمرية:

يبين الجدول الموالي توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الجنس والفئة العمرية وهي موزعة كالتالي:

جدول رقم (4): توزيع العينة الاستطلاعية حسب الجنس والفئة العمرية

المجموع	35-26	25-18	الفئة
23	8	15	ذكور (العدد)
%	%34.78	%65.21	ذكور (النسبة)
27	6	21	إناث (العدد)
%	%22.22	%77.77	إناث (النسبة)
50	14	36	المجموع (العدد)
%100	%28	%72	المجموع (النسبة)

تمثل الفئة العمرية 25-18 سنة النسبة الأكبر (72%) من العينة موزعة بعدد (15) لعينة الذكور و(21) لعينة الإناث، أما الفئة العمرية 35-26 فهي أقل حضورا موزعة بعدد (8) لعينة الذكور و(6) لعينة الإناث.

2-1-2- توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الحالة النفسية:

يبين الجدول الموالي توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الحالة النفسية وهي موزعة كما يلي:

جدول رقم (5): يبين توزيع العينة الاستطلاعية حسب الحالة النفسية

الحالة النفسية	لا يعاني من اضطرابات نفسية	يعاني من اضطرابات نفسية	المجموع
العدد	33	17	50
النسبة	%66	%34	%100

نلاحظ من الجدول (5) أن عدد أفراد العينة الذين لا يعانون من اضطرابات نفسية هم (33) فرداً، والذي يمثل نسبة مقدارها 66؛ مقارنة بعدد أفراد العينة الذين يعانون من اضطرابات نفسية والتي قدر عددها بـ (17) فرداً ويمثل نسبة مقدارها 34%.

2-1-3- توزيع الحالات التي تعاني من مشكلات نفسية حسب الخضوع للعلاج:

يبين الجدول الموالي توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الحالات التي تعاني من مشكلات نفسية وتخضع للعلاج النفسي وهي موزعة كالتالي:

جدول رقم (6): توزيع الحالات التي تعاني من مشاكل نفسية حسب الخضوع للعلاج النفسي

العلاج	خضع للعلاج النفسي	لم يخضع للعلاج النفسي	تحصل على استشارة نفسية	المجموع
ن=17	3	10	4	17
النسبة	%17.64	%58.82	%23.52	%100

نلاحظ من الجدول رقم (6) أن عدد الحالات التي تخضع للعلاج النفسي هي (3) حالات والتي تمثل 17% من مجموع الحالات التي تعاني من مشاكل نفسية، بينما (10) حالات لم تخضع للعلاج وتمثل

58.82% من العينة، أما (4) الحالات التي تحصلت على استشارة نفسية فتمثل 23.52% من العينة التي تمثل الحالات التي تعاني من مشاكل نفسية.

2-1-4- توزيع العينة حسب المستوى الإقتصادي:

يبين الجدول الموالي توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب المستوى الإقتصادي وهي كآلاتي:

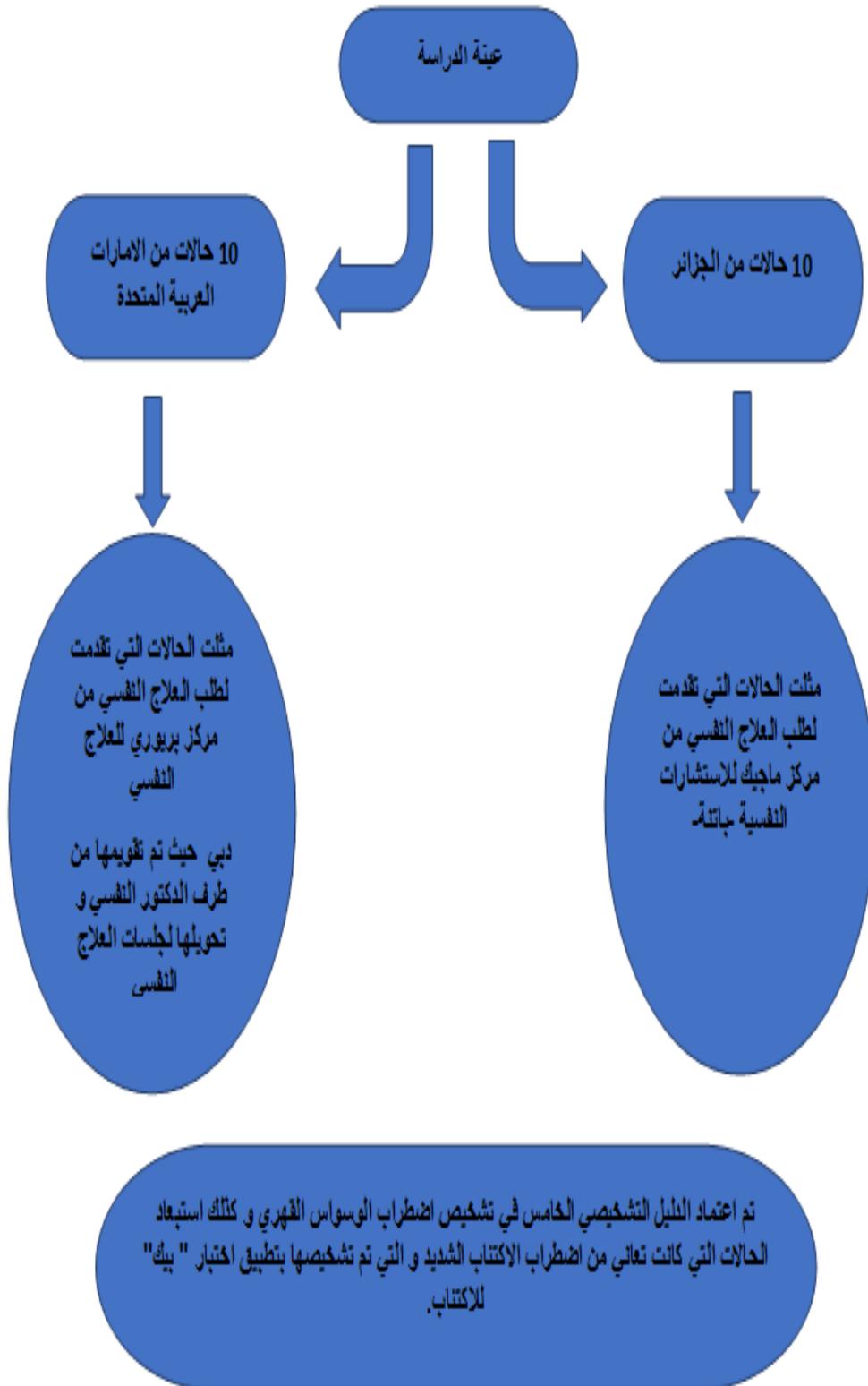
جدول رقم (7) يبين توزيع الحالات حسب المستوى الإقتصادي

المجموع	ضعيف	متوسط	جيد	المستوى الإقتصادي
50	7	32	11	العدد
%100	14	64	22	النسبة

نلاحظ من الجدول رقم (7) أن أغلبية أفراد العينة يتمركزون في الشريحة الوسطى بنسبة 64%، ومثل المستوى الجيد بنسبة مقدارها 22%، في حين قدر الأفراد ذوو المستوى الضعيف بنسبة مقدارها 14%.

2-2- العينة الأساسية:

نظرا لطبيعة العينة الخاصة والمتمثلة في اضطراب نفسي -الوسواس القهري- محدد بأعراض محددة، تم اتباع عدة خطوات لجمع العينة الأساسية. والشكل الموالي يمثل الطريقة المتبعة في تجميع العينة:



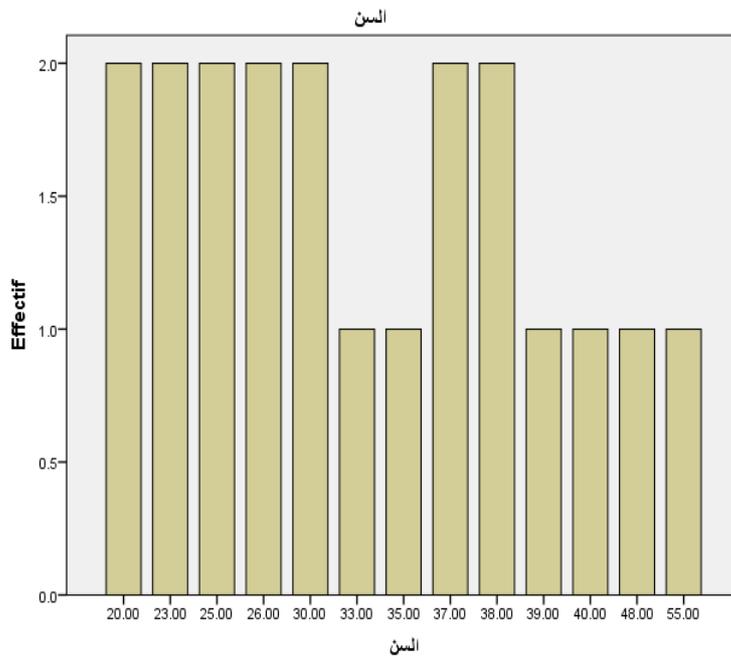
شكل رقم 7- يمثل خصائص العينة الأساسية

2-2-1- توزيع أفراد العينة حسب السن:

يبين الجدول الموالي توزيع أفراد العينة الأساسية حسب السن وهي كالاتي:

جدول رقم (08): يمثل توزيع أفراد العينة حسب السن.

20	عدد أفراد العينة
32.40	المتوسط الحسابي
9.33	الانحراف المعياري
20.00	أدنى عمر
55.00	أعلى عمر



الشكل رقم-8- يمثل خصائص العينة الأساسية حسب السن

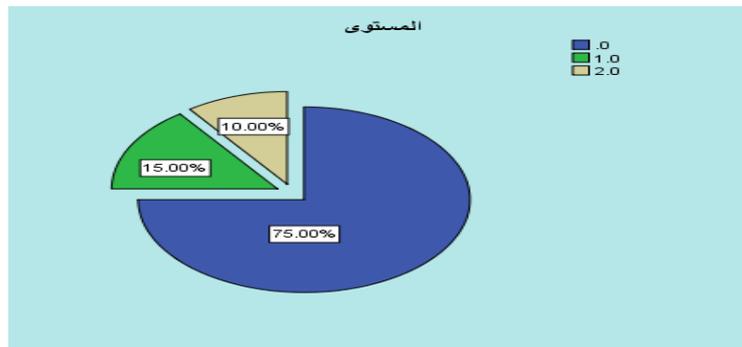
نلاحظ من خلال التمثيل البياني والجدول الممثل له أن توزيع أفراد العينة حسب السن يتراوح بين 20 و55 سنة، وكانت أعلى نسبة في الفئة ما بين 20-30 سنة و37-38 سنة، أما أدنى نسبة كانت في الفئة ما بين 33-35 سنة و39-55 سنة.

2-2-2- توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي:

يبين الجدول الموالي توزيع أفراد العينة الأساسية حسب المستوى التعليمي وهي كالاتي:

جدول رقم (09): يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.

النسبة	العدد	المستوى التعليمي
75%	15	جامعي (0)
15%	3	ثانوي (1)
10%	2	متوسط (2)
100%	20	المجموع



الشكل رقم 9- يمثل أفراد العينة الأساسية حسب المستوى التعليمي.

نلاحظ من خلال الرسم والجدول أعلاه أن أغلبية أفراد العينة من فئة الجامعيين والتي مثلت نسبة 75%، بينما 3 حالات كانت ذات مستوى تعليمي ثانوي والتي مثلت نسبة 15%، وحالتين من ذوي التعليم المتوسط ومثلت نسبة مقدارها 10%.

2-2-3- توزيع أفراد العينة حسب المستوى الإقتصادي:

يبين الجدول الموالي توزيع أفراد العينة الأساسية حسب المستوى وهي كآلاتي:

جدول رقم (10): يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى الإقتصادي

النسبة	عدد أفراد العينة	المستوى الإقتصادي
25%	5	مستوى متوسط (1.00)
60%	12	مستوى جيد (2.00)
15%	3	مستوى جيد جدا (3.00)
100%	20	المجموع



الشكل رقم 10- يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى الإقتصادي

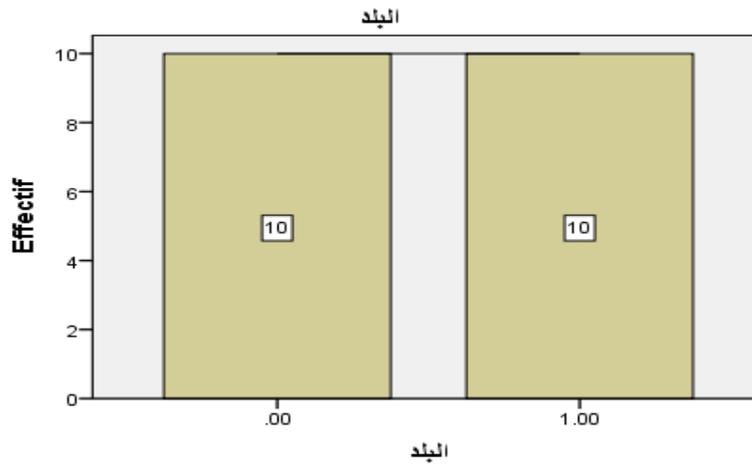
نلاحظ من خلال الرسم البياني والجدول أعلاه أن أغلبية أفراد العينة تنتمي إلى الفئة الميسورة الحالة بنسبة تقدر بـ60٪، بينما 15٪ من أفراد العينة ذوي مستوى إقتصادي جيد جداً، في حين مثّل 25٪ الأفراد ذوو المستوى الإقتصادي المتوسط.

2-2-4- توزيع أفراد العينة حسب البلد:

يبين الجدول الموالي توزيع أفراد العينة الأساسية حسب البلد وهي كالآتي:

جدول رقم (11): يمثل توزيع أفراد العينة حسب البلد

البلد	العدد	النسبة
الإمارات العربية المتحدة: .00	10	٪50
الجزائر : 1.00	10	٪50
المجموع	20	٪100



الشكل رقم-11- يمثل توزيع أفراد العينة حسب البلد

نلاحظ من خلال الرسم البياني والجدول أعلاه أن توزيع العينة كان بشكل متساوي، 50% من عدد أفراد العينة من الجزائر وهي (10) حالات، و50% من الإمارات العربية المتحدة وهي أيضاً (10) حالات.

3- حدود الدراسة: في ضوء الأهداف التي تسعى الدراسة إلى تحقيقها فقد تم تنفيذها في الحدود التالية:

3-1- الحدود البشرية: تتمثل في مجموعة تجريبية واحدة تتكون من 20 حالة يعانون من اضطراب الوسواس القهري، وتم تشخيصهم من طرف أطباء نفسانيين. وتم تطبيق البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام بشكل فردي من خلال ثلاث معالجين، إثنان منهم بالإمارات العربية المتحدة بمركز برايووري ويل بينج دبي، ومعالجة من مركز ماجيك للاستشارات النفسية. وتم تدريب المعالجين على أسس العلاج بالتقبل والالتزام، وكيفية تطبيق البرنامج العلاجي على أفراد العينة كل على حدى.

3-2- الحدود المكانية: تم إجراء الدراسة في مركز برايووري ويل بينج دبي (Priory Wellbeing Center Dubai) الإمارات العربية المتحدة، أين تم تطبيق البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام على (10) حالات. ومركز ماجيك للاستشارات النفسية -باتنة- بالجزائر، أين تم تطبيق البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام على (10) حالات.

4- أدوات الدراسة:

من أجل إجراء الدراسة الميدانية قامت الباحثة باختيار أربعة مقاييس هي: مقياس التقبل والفعل النسخة الثانية (Acceptance and Action Questionnaire AAQ-II)، مقياس مصداقية أفكار ومشاعر القلق (BAFT believability of anxious feelings and thoughts questionnaire)، قائمة الوعي الكامل لفريبورغ (Freiburg Mindfulness Inventory, FMI) ومقياس بيل براون للوسواس القهري (Yale-Brown Obsessive compulsive Scale (Y-BOCS). بالإضافة إلى البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام (من تصميم الطالبة الباحثة).

4-1- مقياس التقبل والعمل النسخة الثانية (AAQ-II):

تم وضعه من طرف مجموعة من الباحثين: بوند، هايس، لي باير كارينتر، جينول، ولترز وزيتل (Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.C., Guenol, N., Orcutt, H.K., Waltz, T., & Zettle, R.D.). يتكون المقياس من 7 بنود لقياس التجنب التجريبي والتقبل، كمقياس لعدم المرونة النفسية في مقابل المرونة النفسية. تتضمن العناصر بيانات عن التقييمات السلبية للمشاعر، وعدم الرغبة في تجربة الأفكار والمشاعر غير المرغوب فيها، والقدرة على الاتصال باللحظة الحالية. يقيم المفحوص على مقياس ليكرت المكون من 7 نقاط تتراوح بين 1 الذي يشير لـ "لا ينطبق أبداً" و7 الذي يشير لـ "ينطبق دائماً". تشير الدرجات العليا إلى انخفاض المرونة النفسية مع تجنب أكبر، مع حد أقصى من الدرجات يتمثل في 49 درجة. يتمتع (AAQ-II) بخصائص سيكومترية جيدة بدرجة اتساق داخلي (R=0.84)، ودرجة صدق مرتفعة بعد إعادة تطبيقه (R=0.81) بفترة 3 أشهر، ومعامل ارتباط (R=0.79) بعد إعادة تطبيقه بـ 12 شهر. ارتبطت نتائج (AAQ-II) بعلاقة إيجابية وقوية مع مقاييس الاكتئاب والقلق، وبالعلاقة سلبية مع مقاييس الصحة العامة (Bond, et al., 2011).

4-2- مقياس مصداقية أفكار ومشاعر القلق (BAFT):

وضع المقياس من طرف مجموعة من الباحثين: هيربارغ وشيبارد، فورسيث، كريد، ارليوين وايفرت (Herzberg KN, Sheppard SC, Forsyth JP, Crede M, Earleywine M, Eifert GH). يتكون المقياس من 16 بندا يقيس درجة ميل الفرد للاندماج المعرفي مع مشاعر القلق، بما فيها الأحاسيس الجسدية والأفكار السلبية المصاحبة (Herberg, et al., 2012)

حيث تقوم هذه البنود بقياس درجة الاندماج مع الشكوى الجسدية، الصراع ومحاولة التحكم في المشاعر، بالإضافة إلى الميل للاندماج مع التقييم السلبي للأفكار والمشاعر. ويقيم المفحوص على مقياس ليكرت المكون من 7 نقاط تتراوح بين 1 الموافق لـ: "لا أصدق هذه الفكرة أبدا" و 7 الموافق لـ "أصدقها تماما". تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس على العينات السريرية (المضطربة) والسليمة، وأظهر المقياس قدرة تمييزية مرتفعة بين المجموعتين. يتمتع المقياس باتساق داخلي مرتفع ($r=0.9$)، ودرجة صدق مرتفعة بعد إعادة تطبيقه بفترة 12 أسبوع. ترتبط نتائج (BAFT) إيجابيا وبقوة مع عدم المرونة النفسية، قمع الأفكار، القلق والخوف؛ وسلبا مع الوعي الكامل ونوعية الحياة (Herberg, et al., 2012)

4-3- قائمة الوعي الكامل لفريبورغ (FMI):

تم بناء القائمة من طرف ولاش، بوشهالد، باتنمولر، كلاينكنث وششميدث (Harald Walach, Nina Buchheld, Valentin Buttenmüller, Norman Kleinknecht, Stefan Schmidt) وهي عبارة عن قائمة أحادية البعد مكونة من (14) بندا تقيس الوعي الكامل لدى العينات السليمة والإكلينيكية، وتم تطوير القائمة بشكل يجعلها متحررة من السياق البوذي والتأملي.

يجيب المفحوصون عن عدد المرات الذين يختبرون فيها الوعي الكامل خلال الأسبوع الماضي، ويتم حساب ذلك بالشكل التالي: نادرا=1، أحيانا=2، في الكثير من الأحيان=3، تقريبا دائما=4، في حين يحسب البند رقم 13 بشكل عكسي.

إن الإتساق الداخلي للقائمة (FMI) 0.86، ويرتبط بشكل إيجابي وقوي مع اختبار الوعي الذاتي، وبشكل سلبي مع اختبار الأعراض الانفصالية والضغط النفسي.

4-4- خطوات ترجمة المقاييس الثلاثة:

تم الحصول على الموافقة على ترجمة وتعريب المقاييس الثلاثة من طرف المؤلفين، وتم ترجمة أدوات الدراسة باستخدام الترجمة عبر الثقافية والتي تم وصفها من طرف سبرير وآخرين (Sperber, Devellis, & Boehlecke, 1994).

ترجمت النسخة (أ) للمقاييس الثلاثة من الإنجليزية إلى العربية، وقام بالترجمة معالجين نفسيين إضافة إلى خبيرين في الترجمة. تمت بعدها مناقشة الترجمات الأربع واستخراج نسخة نهائية معربة (نسخة ب). ومن ثم قغم خبراء بترجمة النسخة العربية (ب) إلى اللغة الإنجليزية مجددا، وتم الحصول على النسخة (د)، ثم تمت مقارنة للنسخة الأصلية (أ) بالنسخة (د) بغرض مقارنة اللغة والتشابه في التفسير، باستخدام أداة التصنيف التي طورها سبرير وزملاؤه (Sperber et al, 1994) من قبل (6) محكمين منفصلين من أساتذة جامعيين وأطباء نفسانيين.

البند التي تحصلت على تقييم مساوي أو أكبر لـ(3) تم إعادة النظر فيها، وترجمتها من طرف معالج حيادي متمكن من اللغتين الإنجليزية والعربية. وبما أن مقياس التقبل والعمل حصل على تقييم أقل من (3) لم نحتج لهذه الخطوة بينما تم مراجعة البنود. أما مقياس مصداقية أفكار ومشاعر القلق

تتطلب إعادة النظر لكون أربعة بنود منها حصلت على تقييم أعلى من (3)، والمتمثلة في البنود (7،8،10،16)، حيث تم النظر فيها وإعادة ترجمة كل من البندين (7،16). بينما تعذر إيجاد ترجمة أفضل للبندين 8 و10، إلا أنه تم الموافقة عليهما من طرف الخبراء.

أما فيما يخص قائمة الوعي الكامل (FMI) فقد تحصل ثلاثة بنود منها على تقييم أعلى من (3) فيما يخص المقارنة والتشابه، وهي البنود التالية (1، 3، 7) وأعيدت ترجمتها. أما البند رقم (11) فقد تحصل على تقييم أكبر من (3) فيما يخص التشابه وأعيدت ترجمته هو الآخر، كذلك البند رقم (9) حصل على تقييم أكبر من (3) فيما يخص المقارنة، ولم يتم تعديله وذلك لكون تشابه التفسير مقبولاً.

4-5 - مقياس بيل براون للوسواس القهري:

يحتوي المقياس على عشر فقرات يقيم كل منها على سلم تقييم يتراوح ما بين (0 إلى 5)، حيث تتناول الفقرات الخمس الأولى الأفكار الوسواسية، أما بقية الفقرات فتتناول الأفعال القهرية، وكانت الدرجة الكلية للمقياس هي (50) درجة. تم استخدام مقياس بيل براون لقياس الوسواس القهري، يتكون المقياس بصورته الأولى من (10) فقرات بواقع بعدين هما الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية وخمسة مجالات لكل بعد وخمسة فقرات لكل مجال (البولي، 2018).

جدول رقم (12): يمثل ابعاد مقياس الوسواس القهري

عدد الفقرات	الأفكار الوسواسية	البعد الأول
5	مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية	1
5	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشاطاتك الاجتماعية والعملية	2
5	مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية	3
5	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية (بغض النظر عن نجاحك في المقاومة)	4
5	مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية	5
	الأفعال القهرية	البعد الثاني
5	مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية.	1
5	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفعال القهرية في نشاطاتك الاجتماعية والعملية.	2
5	مقدار التوتر والقلق في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية.	3
5	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية (بغض النظر عن نجاحك في المقاومة)	4
5	مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية	5
50		المجموع

4-6- حساب الخصائص السيكومترية: لحساب الخصائص السيكومترية للمقاييس المستخدمة في

الدراسة الحالية، تم تطبيق جميع الأدوات على عينة مكونة من (50) مبحوث.

4-6-1- الخصائص السيكومترية لمقياس مصداقية أفكار ومشاعر القلق Baft:

4-6-1-1- حساب الصدق: تم استخدام صدق المقارنة الطرفية للتأكد من الصدق التمييزي لهذا

المقياس، وتم ترتيب نتائج الاختبار تصاعدياً، ثم قسمت إلى فئتين (علياً، ودنياً) بنسبة 27% لكل

فئة، بعدها أستخدمت اختبارات للعينات المستقلة، وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول (13): نتائج اختبارات "ت" لحساب الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية) لمقياس Baft

الفئة	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
العليا	49,07	8,43	11,62	0,000
الدنيا	82,14	6,26		

يشير الجدول إلى أن قيمة المتوسطات للفئتين العليا والدنيا على الترتيب هما: 49,07 و 82,14، بقيمتي انحراف 8,43 و 6,26 على التوالي. وهو ما يدل على وجود فروق معنوية بين طرفي الاختبار، حيث بلغت قيمة "ت" 11,62 وهي دالة عند 0,01 و 0,05، وهو ما يدل على قدرة الاختبار التمييزية وبالتالي صدق الاختبار.

4-6-1-2- الثبات: تم استخدام طريقة التجزئة النصفية (بنود زوجية، بنود فردية)، وباستخدام كل من معامل "سبيرمان براون" و"جوتمان" أكدت قيمهما على التوالي (0,765، 0,760)، وهي قيمة مرتفعة مما يدل على أن معامل الثبات الكلي للاختبار بهذه الطريقة مرتفع.

جدول رقم (14) يبين قيم سبيرمان براون وجوتمان

القيمة	المعامل
0,765	سبيرمان براون
0,760	جوتمان

4-6-2- الخصائص السيكومترية لمقياس الوعي الكامل لفريبورغ FMI:

لحساب الخصائص السيكومترية لهذا المقياس قمنا بتطبيق المقياس على عينة قوامها 50 مبحوث، وتم حساب الصدق باستعمال المقارنة الطرفية.

4-6-2-1- الصدق: تمّ استخدام صدق المقارنة الطرفية للتأكد من الصدق التمييزي لهذا الاختبار، رتبت نتائج الاختبار تصاعدياً ثمّ قسمت إلى فئتين (عليا، دنيا) بنسبة 27% لكل فئة، ثمّ تمّ استخدام اختبار "ت" للعينات المستقلة وجاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (15) يبين نتائج اختبار "ت" لحساب الصدق التمييزي لاختبار FMI

مستوى الدلالة	قيمة ت	الإنحراف المعياري	المتوسط	الفئة
0,01	12,58	2,66	30,53	العليا
		2,10	42,38	الدنيا

تشير نتائج الجدول أعلاه إلى أن قيمة المتوسط بالنسبة للفئة الدنيا والعليا على الترتيب هما: 30,53 و 42,38، بقيمة إنحراف معياري 2,66 و 2,10 على التوالي، وهو دليل على وجود فروق جوهرية بين الطرفين. حيث كانت قيمة "ت" 12,58 وهي دالة عند 0,01، مما يدل على قدرة الاختبار التمييزية وبالتالي صدقه.

4-6-2-2- الثبات: تمّ استخدام طريقة إعادة تطبيق الاختبار بعد خمسة أسابيع من التطبيق الأول على نفس العينة، وتمّ حساب معامل الثبات عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجات الأفراد في التطبيقين.

جدول رقم (16) يبين معامل ارتباط اختبار الوعي الكامل لفريبورغ

عدد أفراد العينة	قيمة معامل الارتباط (ر)
50	0,79

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن قيمة (ر=0,79) وهوما يدل على ثبات الاختبار.

4-6-3- الخصاص السيكومترية لمقياس التقبل والعمل - النسخة (AAQ-II)

4-6-3-1- الصدق: تم استخدام صدق المقارنة الطرفية للتأكد من الصدق التمييزي لهذا المقياس، ثم ترتيب نتائج المقياس تصاعدياً ثم قسمت إلى فئتين عليا ودنيا بنسبة 27% لكل فئة، بعدما استخدم اختبار "ت" وأسفرت نتائج المعالجة عن النتائج المدونة في الجدول أسفله.

جدول رقم (17): يبين نتائج اختبارات "ت" لحساب الصدق التمييزي

الفئة	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
العليا	12,153	3,26	14,86	0,01
الدنيا	32,769	3,78		

يشير الجدول إلى أن قيمتي المتوسط بالنسبة للفئة العليا والدنيا على الترتيب هما: 12,153 و 32,769 على التوالي، وهو ما يدل على وجود فروق معنوية بين الطرفين خاصة وأن قيمة "ت" بلغت 14,86 عند مستوى الدلالة 0,01، وهو دليل على قدرة الاستبيان التمييزية وبالتالي صدقه.

4-6-3-2- الثبات: لحساب ثبات المقياس تم استخدام طريقة الاتساق الداخلي المؤسس على

الارتباط البيني بين العبارات، والذي يستعمل لحساب الثبات الكلي للمقياس على طريقة حساب ألفا كرونباخ"، وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (18): يبين معامل ألفا كرونباخ لمقياس التقبل والعمل - النسخة (AAQ-II)

عدد البنود	ألفا كرونباخ
07	0,774

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن معامل ألفا كرونباخ يساوي 0,774، وهو مرتفع ما يدل على ثبات الأداة. كما يوضح أيضا أنه وبالرغم من حذف درجات أحد البنود من الدرجة الكلية للمقياس إلا أن جميع العبارات ثابتة أو تسهم في رفع الثبات الكلي للمقياس، حيث أن معامل ألفا الكلي للمقياس عند حذف كل عبارة على حدى، أقل أو يساوي معامل ألفا الكلي للاستبيان بدون حذف أي بند.

جدول رقم (19): يبين نتائج ألفا كرونباخ الكلي بعد حذف كل بند

البند	ألفا كرونباخ الكلي بعد حذف كل بند
1	0,747
2	0,718
3	0,748
4	0,735
5	0,734
6	0,767
7	0,763

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن معامل ألفا كرونباخ تتراوح بين (0.71 و 0.76) والتي تبين درجة ثبات جيدة.

4-6-4- الخصائص السيكومترية لمقياس بيل براون للوسواس القهري:

4-6-4-1- صدق وثبات المقياس عند تعريب الاختبار: لقد تم تعريب المقياس وحساب

خصائصه السيكومترية، وكان من الأرجح استخدام المقياس المعرب بدلا من بناء مقياس جديد أو إعادة تعريب المقياس الأصلي، كونه نفس المقياس الذي اعتمدت عليه الطالبة الباحثة في الدراسة الحالية، وفيما يلي عرض للخطوات المتبعة من طرف الباحث الذي قام بترجمة المقياس:

وللتأكد من صدق المقياس تم عرضه على (11) من المحكمين في تخصصات الارشاد النفسي والقياس النفسي وعلم النفس في الجامعات الأردنية والجامعات السعودية للتأكد من صلاحية الفقرات ومناسبتها، وقد اتفق تسعة محكمين على أن فقرات المقياس ملاءمة وترتبط بالمجالات التي حددت لقياسها. وأوصى بعض المحكمين بإجراء بعض التعديلات تتعلق بإعادة صياغة ثلاث فقرات حتى يتضح المعنى المراد منها، وتوضيح أربع فقرات أشار المحكمين إلى أنها تحتاج إلى توضيح. وقد تكون المقياس في صورته النهائية من بعدين رئيسيين هما: الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية، بخمسة مجالات لكل بعد، وخمسة فقرات لكل مجال بمجموع إجمالي (50) فقرة مناسبة لتقييم اضطراب الوسواس القهري (البلوي، 2018).

كما تم التحقق من ثبات مقياس بيل براون للوسواس القهري باستخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test-Retest) بفواصل زمني قدره أسبوعين، وتم تطبيق الاختبار على عينة مكونة من (15) فردا ممن يعانون من الوسواس القهري من خارج عينة الدراسة الأساسية، وبعد حساب معامل الارتباط بين التطبيقين بلغ معامل ثبات الدرجة الكلية 0.89 مع وجود درجة ثبات عالية في الأبعاد العشرة (البلوي، 2018). وقد قامت الطالبة الباحثة بحساب صدق ثبات الاختبار في الدراسة الحالية وذلك على عينة قوامها 30 شخصا ممن تم تشخيصهم باضطراب الوسواس القهري وكانت النتائج كما يلي:

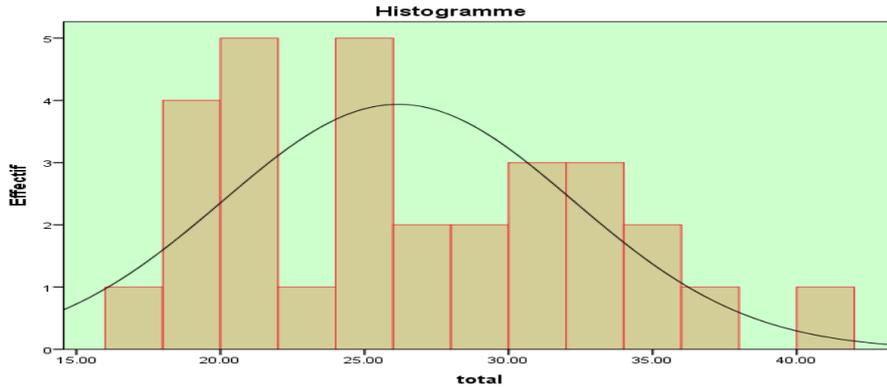
4-6-4-2- صدق وثبات المقياس في الدراسة الحالية:

تم حساب شرط الاعتدالية لاختبار بيل براون للوسواس القهري، وذلك باستخدام اختبار كولمو غروف وشابيرو والجدول التالي يبين النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم (20): يوضح اختبار الاعتدالية

Shapiro-Wilk		Kolmogorov-Smirnova		النتيجة
الدلالة	القيمة	الدلالة	القيمة	
0.161	0.949	0.167	0.136	

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن كل من اختبار كولموغروف وشابير غير دالين، وهو ما يؤكد على أن درجات المفحوصين على مقياس براون للوسواس القهري تتبع توزيعاً طبيعياً. كما هو موضح في الشكل أدناه.



الشكل رقم 12: يبين توزيع درجات المفحوصين على مقياس براون ييل للوسواس القهري

وبما أن شرط الاعتدالية تحقق سنشرع في حساب الصدق لثبات لاختبار ييل براون للوسواس القهري.

4-6-4-2-1- صدق الاختبار:

- **صدق التكوين:** أو صدق الاتساق الداخلي، تم حسابه من خلال طريقة الاتساق الداخلي وهذا بحساب معامل الارتباط بين البنود والدرجة الكلية، ومعاملات الارتباط بين البنود وأبعادها، وهذا من خلال تطبيق المقياس على 30 حالة تعاني من اضطراب الوسواس القهري وتراجع

العيادة النفسية "برايري ولبيين سنتر، دبي، الإمارات العربية المتحدة " و " مركز ماجيك للاستشارات النفسية، باتنة، الجزائر" والجدول التالي يوضح نتائج هذا الصدق.

جدول رقم (21): جدول يبين معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية لمقياس بيل براون للوسواس القهري.

البعء الأول معامل الارتباط الأفكار الوسواسية	
0,649	1 مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية.
0,717	2 مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشاطاتك الاجتماعية والعملية.
0,821	3 مقدار التوتر و القلق المصاحب للأفكار الوسواسية
0,870	4 مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية (بغض النظر عن نجاحك في المقاومة).
0,783	5 مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية.
البعء الثاني الأفعال القهرية.	
0,747	1 مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية.
0,697	2 مقدار التعارض الذي تحدثه الأفعال القهرية في نشاطاتك الاجتماعية والعملية.
0,618	3 مقدار التوتر والقلق في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية.
0,831	4 مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية (بغض النظر عن نجاحك في المقاومة).
0,847	5 مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية.
دالة عند مستوى 001.	

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية تتراوح بين (0,65)

و(0,87)، وجميعها دالة عند مستوى دلالة 001.

-الصدق التمييزي: يشير الصدق التمييزي إلى قدرة المقياس على التمييز بين طرفي الخاصية التي

يقيسها، ويعتمد على ترتيب الدرجات المتحصل عليها تصاعدياً أو تنازلياً، ثم إجراء عملية مقارنة بين

الفئتين العليا والدنيا ممن تحصلوا على درجات مرتفعة، وقد بلغ عددهم (08). أما الذين تحصلوا على

درجات منخفضة والذين قدر عددهم كذلك بـ (08) وهذا بنسبة 27%. ويبين الجدول أدناه نتائج اختبار

"ت" لتقييم الفروق بين الفئتين (ن=30).

جدول رقم (22): نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والدنيا للمقياسين

مقياس السلوكيات القهرية				
الفئة	س	ع	ت	الدلالة
العليا	17.25	1.38	18.84	0.000
الدنيا	9.12	1.25		
مقياس الأفكار الوسواسية				
الفئة	س	ع	ت	الدلالة
العليا	16.37	1.55	11.23	0.000
الدنيا	10.87	0.51		

يظهر من خلال الجدول أن قيمة $t = -18.845$ و -11.233 لمقياس السلوكيات القهرية ومقياس

الأفكار الوسواسية على التوالي، وهذا عند مستوى الدلالة أقل من 0.05. مما يعني أن المقياسين يتمتعان بقدرة تمييزية بين العينتين المتطرفتين.

4-6-4-2-الثبات: قمنا بحساب معامل ألفا كرونباخ باعتباره من أهم مقاييس الإتساق الداخلي،

حيث تم حساب معاملات المقياس، وجاءت النتائج كما هي موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (23): يبين معامل ألفا كرومباخ لمقياس بيل براون للوسواس القهري وأبعاده (السلوكيات

القهرية والأفكار الوسواسية)

المقياس	قيمة معامل ألفا كرونباخ
مقياس بيل براون للوسواس القهري	0.897
السلوكيات القهرية	0.763
الأفكار الوسواسية	0.819

نلاحظ من الجدول أن قيمة الفا كرومباخ قدرت بـ (0.897)، وهي تدل على ثبات مرتفع المقياس.

كما نلاحظ أن قيمة معامل ألفا كرومباخ بلغت (0.763 و 0.819)، وهي درجة مقبولة تعكس ثبات مقياس السلوكيات القهرية والأفكار الوسواسية على التوالي.

4-7-1- البرنامج العلاجي (من تصميم الطالبة الباحثة):

4-7-1-1- تعريف البرنامج: هو برنامج علاجي تدريبي، قائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام للتعامل مع أعراض الوسواس القهري. وهو برنامج فردي يمتد خلال 12 جلسة علاجية، بمعدل جلسة واحدة كل أسبوع على مدار ثلاثة أشهر. أين يتم تدريب العميل على مهارات محددة تساعده على التعامل مع أعراض الوسواس القهري.

4-7-2- التخطيط للبرنامج:

إن مرحلة التخطيط لبناء برنامج علاجي خاص لهذه الفئة بالتحديد، كان نتاجا للتحديات التي تعرضت لها الطالبة الباحثة في بداية مشوارها العلاجي كمعالجة نفسية، حيث كانت تواجه صعوبة في التعامل مع العملاء الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري. وهذا ما دفع بها للتعلم في هذا المجال ومحاولة تجريب أساليب علاجية مختلفة، منها ما كان قائما على أسس العلاج المعرفي السلوكي، أو العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة. وما لاحظته الطالبة الباحثة هي الصعوبة البالغة في التعامل مع أعراض القلق، والناجمة عن عدم القيام العميل بالسلوكيات القهرية، واستمر البحث عن أسلوب علاجي يسهل عملية التعامل مع أعراض الوسواس القهري. وقد عثرت الطالبة الباحثة على العديد من البرامج العلاجية القائمة على علاج اضطراب الوسواس

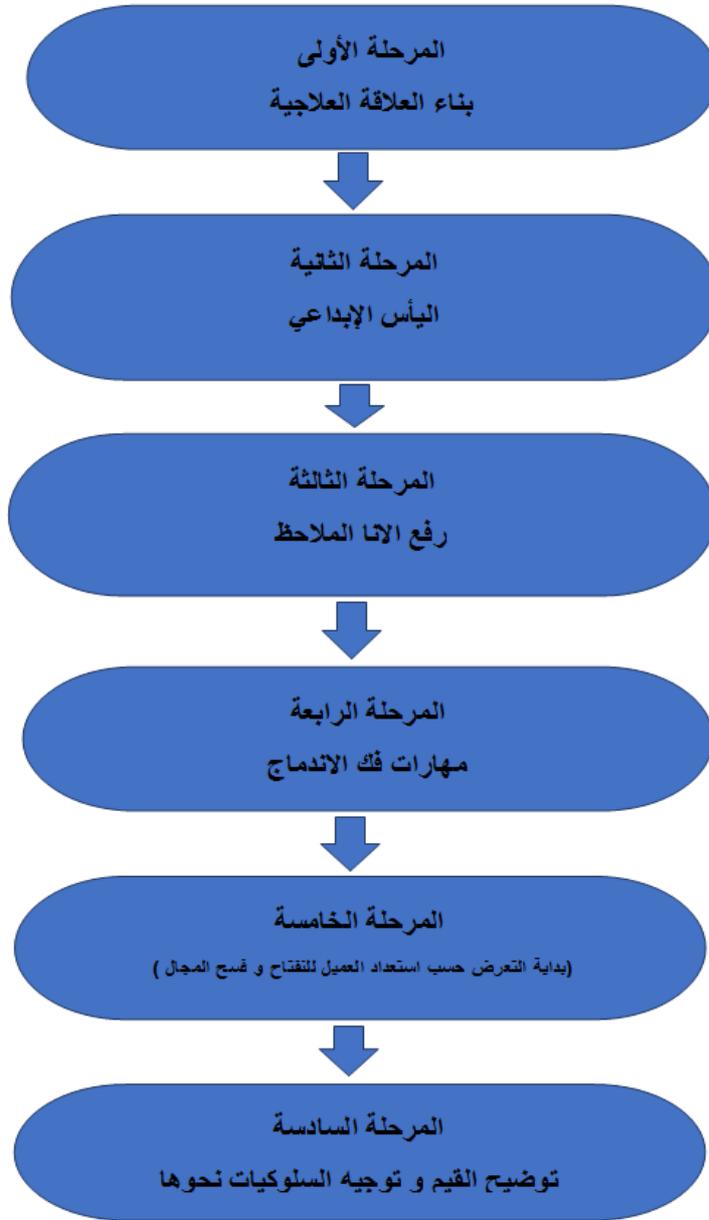
القهري، والتي تركز على أسس العلاج بالتقبل والالتزام، إلا أن جل البرامج كانت موجهة لغير العرب، ولم تتوصل الطالبة الباحثة -في حدود علم الطالبة الباحثة- لأي برنامج علاجي قائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام موجه للبيئة العربية. ومن هنا بدأ التخطيط لبناء البرنامج العلاجي الذي تم إدخال العديد من التغييرات عليه لكي يتناسب مع البيئة العربية، والذي امتد على مدار الستة سنوات الأخيرة حتى الوصول إلى الشكل النهائي للبرنامج المستخدم في الدراسة الحالية.

4-7-3- بناء البرنامج وإطاره النظري:

يستند البرنامج العلاجي على إطار نظري مستمد من العلاج بالتقبل والالتزام، ويقوم في جوهره على رفع الوعي لدى العميل بمختلف أفكاره ومشاعره السلبية، وزيادة الاتصال باللحظة الحالية، والإنهماك فيما هو مهم في حياة العميل. ويتأتى ذلك من خلال رفع ما يسمى بالمرونة النفسية، هذه الأخيرة يتم بلوغها من خلال تدريب العميل على العديد من المهارات، منها رفع الأنا الملاحظ، مهارات فك الاندماج وتوجيه التركيز لما هو حاصل في اللحظة الحالية، بدل من العيش سواء في أحداث الماضي أو السيناريوهات المخيفة والمتعلقة بالأحداث المستقبلية. بالإضافة إلى توضيح القيم وتعديل السلوك الالتزامي، مما يساعد العميل على تحديد مساره والاندماج فيما هو مهم في حياته.

وكل ما سبق ذكره سيساعد العميل الذي يعاني من أعراض الوسواس القهري أن يتعامل معها على أنها مجرد أفكار، مما يؤدي إلى توقيف السلوكيات غير الفعالة والتي ترفع من درجة الأعراض فحسب.

ويتأتى ذلك من خلال اتباع الخطوات الممثلة في الشكل التالي:

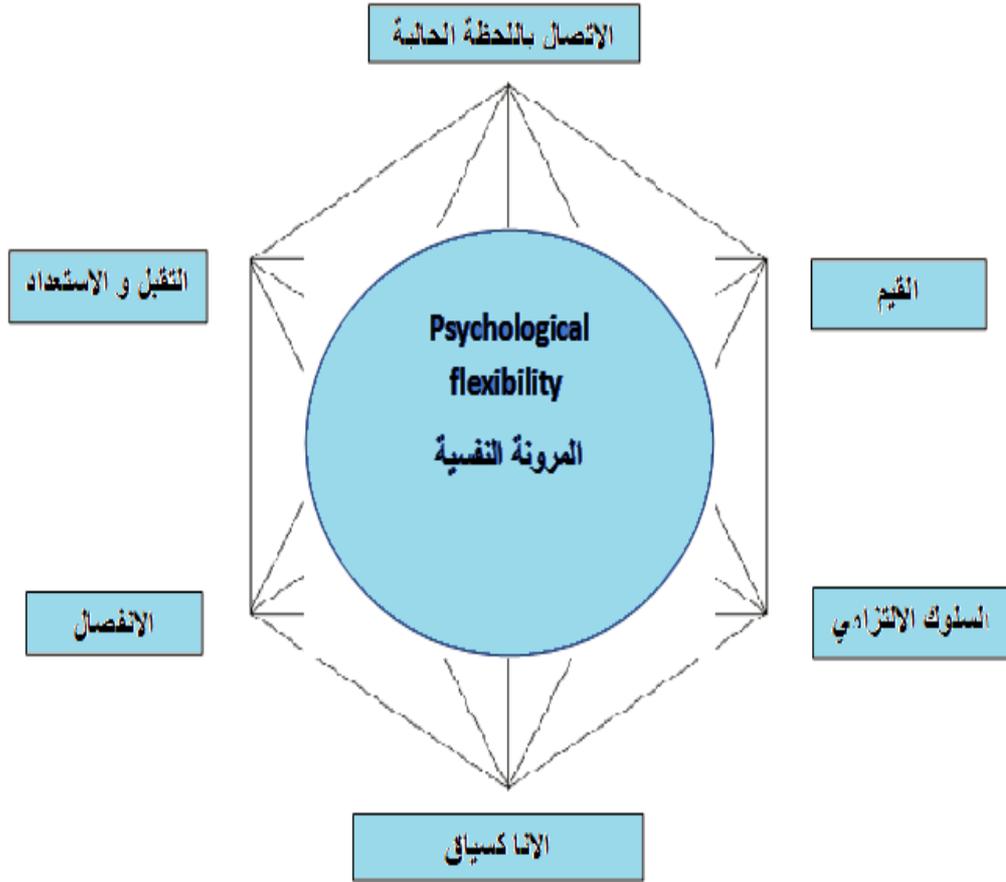


الشكل رقم -13- يوضح مراحل العلاج بالتقبل والالتزام للتخفيف من أعراض الوسواس القهري

4-7-4- أهداف البرنامج: يهدف هذا البرنامج العلاجي إلى رفع المرونة النفسية لدى العميل، مما

ينتج عنه انخفاض أعراض الوسواس القهري. ولتحقيق الهدف الرئيسي للبرنامج العلاجي وهو رفع

المرونة النفسية، يمر البرنامج العلاجي بعدة مراحل نوضحها في الشكل الموالي:



شكل رقم-14- يمثل الهدف الأساسي للعلاج والأهداف الفرعية

تمثل العناصر الستة والمتمثلة في رفع الاتصال باللحظة الحالية، التقبل والاستعداد وفسح المجال، مهارات فك الاندماج، السلوك الاهتمامي الإلتزامي، وتوضيح القيم هي بمثابة أهداف فرعية للبرنامج العلاجي. ومن خلالها يتم تحقيق الهدف الرئيسي للبرنامج العلاجي ألا وهو رفع المرونة النفسية، مما ينتج عنه إنخفاض أعراض الوسواس القهري. والجدير بالذكر أن الأعراض النفسية ليست هدفا علاجيا بحد ذاته وإنما هي نتاج للعملية العلاجية والمتمثلة في رفع المرونة النفسية.

4-7-5- جلسات العلاج بالتقبل والالتزام:

إن لكل جلسة علاجية هدف علاجي محدد ومضمون خاص، وذلك لخدمة الهدف الأساسي من البرنامج العلاجي أي رفع المرونة النفسية، وذلك من خلال إثني عشر جلسة علاجية، بمعدل جلسة واحدة كل أسبوع. وسيتم التطرق لمحتوي الجلسات بشكل عام، كما يمكن الإطلاع على البرنامج العلاجي مفصلاً في الملاحق.

الجلسة الأولى: (أجندة الجلسة)

- 1- التقديم.
- 2- شرح حدود السرية.
- 3- الموافقة المستنيرة.
- 4- التعاقد على مدة العلاج.
- 5- بناء العلاقة العلاجية.
- 6- التقويم العام للوسواس القهري.
- 7- مقدمة عن اليأس المفتعل.
- 8- الفرق بين الفكرة الوسواسية والسلوك القهري.
- 9- تمرين بين الجلستين: الملاحظة الذاتية للوسواس القهري، الثمن المدفوع بسبب الوسواس القهري.

الجلسة الثانية: (أجندة الجلسة)

- 1- التقييم الوظيفي.

2- مناقشة رأي العميل في الجلسة الماضية.

3- مناقشة الواجب المنزلي.

4- السلوك هو المشكلة.

5- تقديم المصفوفة ومبدأها.

6- تمرين التمييز.

7- استعارة البائع.

8- واجب منزلي (مراقبة الوسواس الأسبوع بأكمله، تطبيق التمييز).

الجلسة الثالثة: (أجندة الجلسة)

1-التقييم الوظيفي.

2-مناقشة رأي العميل في الجلسة الماضية.

3-مناقشة الواجب المنزلي.

4-ممارسة التحليل الوظيفي باستخدام المصفوفة.

5-أثر المقاومة على المدى القريب والبعيد.

6-أثر المقاومة على السلوكات التي تقربنا مما هو مهم بالنسبة لنا في الحياة.

7- استعارة الحفرة.

8- كيف يتدعم الوسواس (تمرين رقم واحد مع الاسترخاء).

9- استعارة الحمام البارد.

10- تمرين المراقبة بين الجلستين.

الجلسة الرابعة: (أجندة الجلسة)

1-التقييم الوظيفي.

2-مناقشة رأي العميل في الجلسة الماضية.

3-مناقشة الواجب المنزلي.

4- تنمية الأنا الملاحظة.

5-تقديم مهارات فك الاندماج أو الإزالة.

6- التعامل مع الأفكار الوسواسية.

7- التعامل مع المشاعر السلبية المرافقة للأفكار الوسواسية.

8-ترتيب الوسوس حسب الاستعداد وبداية التعرض.

9- تمرين المراقبة بين الجلستين مع بداية التعرض.

الجلسة الخامسة والسادسة: (أجندة الجلسة)

1- التقييم الوظيفي.

2- مناقشة رأي العميل في الجلسة الماضية.

3- مناقشة الواجب المنزلي.

4- التذكير بجزئية فك الاندماج

- 4-1- استعارة البائع.
- 4-2- استعارة الباص.
- 5- لماذا تتسلط الأفكار
- 5-1- استعارة خالتي فاطمة.
- 6- التحكم هو المشكلة
- 6-1- استعارة جهاز كاشف الكذب.
- 7- أليس الوسواس مثل الطفل في المتجر.
- 8- الاستمرار مع التعرض وتحديد أفكار جديدة حسب الاستعداد.
- 9- تمرين مراقبة الوسواس، مع تمرين التمييز (يتم تطبيقهما كل أسبوع على طول فترة العلاج).

الجلسة السابعة والثامنة: (أجندة الجلسة)

- 1- التقييم الوظيفي.
- 2- مناقشة رأي العميل في الجلسة الماضية.
- 3- مناقشة الواجب المنزلي.
- 4- الاستعداد والقبول هو الحل.
- 5- استعارة المقياسين.
- 6- التقبل والانفتاح وفسح المجال.
- 7- الأفكار الإيجابية مثلها مثل الأفكار السلبية

7-1- استعارة الوقوع في الحب

8- تحديد الأفكار الوسواسية التي سيتم التعرض إليها خلال الأسبوع

9- تمرين بين الجلستين (مراقبة الوسواس وتمارين التمييز)

الجلسة التاسعة والعاشر: (أجندة الجلسة)

1-التقييم الوظيفي.

2-مناقشة رأي العميل في الجلسة الماضية.

3- مناقشة الواجب المنزلي.

4-استدخال مفهوم الذات كسياق (استعارة السماء).

4-1 استعارة الشطرنج.

4-2 استعارة البيت.

5- استدخال مفهوم التعاطف مع الذات.

6- تقديم مفهوم فعل الالتزام.

7- تحديد الأفكار التي سيتم التعرض لها خلال الأسبوع القادم.

8- التمرين بين الجلستين (مراقبة الوسواس، والاستمرار في تمرين التمييز).

الجلسة الحادية عشر والثانية عشر: (أجندة الجلسة)

1- التقييم الوظيفي.

2- مناقشة رأي العميل في الجلسة الماضية.

- 3- مناقشة الواجب المنزلي.
 - 4- استدخال مفهوم القيم وموازنتها.
 - 5- التأكد من أنه تم التعرض لكل الأفكار الوسواسية.
 - 6- تعزيز سلوكيات الالتزام ومنع الانتكاس (البرمجة الدماغية).
 - 7- فسح المجال أمام العميل للتعبير عن خبرته مع هذا العلاج ومناقشة أي أمر عالق.
 - 8- إنهاء البرنامج العلاجي وفتح الجلسات (متابعة الحالة بعد 3 أشهر من انتهاء العلاج).
- 4-7-6- الفنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج:

يعتمد البرنامج العلاجي الحالي على مجموعة من الفنيات العلاجية لتحقيق أهدافه، والتي استمدت أساساً من العلاج بالتقبل والالتزام. والهدف الأساسي لهذه الفنيات هو مساعدة العميل على رفع المرونة النفسية، وذلك من خلال زيادة الالتصال باللحظة الحالية، التقبل والانفتاح مهارات، فك الاندماج، رفع الوعي لدى الشخص ومفهوم الأنا الملاحظ، توضيح القيم وزيادة السلوك الاهتمامي الالتزامي.

وتتمثل هذه الفنيات فيما يلي:

4-7-6-1- الإستعارات والقصص:

اعتمدت الطالبة الباحثة على العديد من الاستعارات والقصص، وذلك لتسهيل استيعاب المعلومة من جهة، وضمان تذكر العميل للقصة والمغزى من ورائها من جهة أخرى، وذلك بدل استخدام الأسلوب المباشر في نقل المعلومة.

4-7-6-2- التمارين التجريبية: كما اعتمدت الطالبة الباحثة العديد من التمرين التجريبية، وذلك كون العلاج بالتقبل والالتزام علاج تجريبي يعتمد على تطبيق مهارات تجريبية، لتسهيل فهم الصراع النفسي وكيفية الاستجابة بشكل فعال أكثر.

4-7-6-3- الاسترخاء:

لقد تم الاعتماد على بعض تمارين الاسترخاء، والتي تختلف عن تمارين الاسترخاء المعتادة التي تهدف لتهدئة العميل. حيث تهدف تمارين الاسترخاء المستخدمة في البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية أساسا لرفع وعي العميل، وزيادة الاتصال باللحظة الحالية، وليس للتخلص من القلق والضيق، لكون هذه الأعراض النفسية ليست هدفا علاجيا في حد ذاتها وإنما هي نتيجة لعملية الإنفتاح وفسح المجال.

4-7-6-4- الواجبات المنزلية:

وهي فنية أساسية في العلاج بالتقبل والالتزام، حيث يقوم المعالج بتوضيح هذه الأهمية وكيف لها أن تقوم بنقل ما تم تعلمه أثناء الجلسات العلاجية، وتعميمها على الحياة اليومية مما يضمن التغيير الدائم للعميل.

5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الحالية:

اعتمدت الطالبة الباحث في هذه الدراسة على مجموعة من الأساليب الإحصائية من خلال استخدام برنامج SPSS، وهو برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وتمثلت أهم هذه الأساليب في:

- تم التحقق من إمكانية استخدام اختبار "ت" عن طريق استخدام اختبار كولموغروف-سيميرنوف (Kolmogorove-Smirnov) بغرض تحديد أي الأساليب الإحصائية التي تصلح للمعالجة، لأنه يستخدم في العادة للكشف عن شرط اعتدالية التوزيع، وتجانس البيانات، فإن كانت قيمة هذا الاختبار دالة فهذا يعني أننا سنتبع أسلوب أحصائي لا معلمي، أما إذا كانت قيمته غير دالة فهذا يعني أننا سنستخدم أسلوب إحصائي معلمي.

- اختبار "ت" وهو اختبار بارامتري لحساب الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي في اختبار الوسواس القهري (بيل براون)، مقياس الوعي الكامل لفريورغ FMI، مقياس مصداقية أفكار ومشاعر القلق Baft، ومقياس التقبل والفعل AAQ-II

- **حجم الأثر:** للبحث عن حجم الأثر الذي أحدثه البرنامج العلاجي (المتغير المستقل) في التخفيف من أعراض الوسواس القهري، ورفع الوعي الكامل، وفك الاندماج المعرفي، ورفع المرونة النفسية (المتغير التابع)، وهذا لإظهار أهمية الفروق. فالقيمة العملية للتأثير يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار، بالإضافة إلى الدلالة الإحصائية. ويمكن حساب حجم الأثر أو قوة الارتباط للعينات المرتبطة .

وعن أهمية هذه المؤشرات يشير كيلو (Kellow,1980) إلى أن أول ما يميز مؤشرات حجوم التأثير هو إمكانية تفسيرها بشكل مستقل عن حجم العينة، وهي مفيدة في تحديد المقدار الفعلي للفروق بين متوسطات المجموعات، لذا فهي تزود الباحثين بمعلومات تتجاوز حدود اختبارات الدلالة الإحصائية، وتمنحهم فهما واضحا للبيانات التي بين أيديهم (أبو جراد، 2013). ولحساب حجم أثر البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية استخدمت الطالبة الباحثة نسب الكسب (gain ratio) لماك غيغان (Mc Guigan, 1967) والتي يرمز لها بحرف G.

- الدلالة الإكلينيكية: يعتبر كل من "جاكسون" و"فولت" و"ريفنس ستورف" Jacobson,Follette and Revenstor أول من استخدم أسلوباً محدداً لفحص الدلالة الإكلينيكية للنتائج. ويعود السبب في اهتمام هؤلاء الباحثين بمفهوم الدلالة الإكلينيكية إلى شعورهم بوجود نقص ما في ميدان الدراسات التي تهتم بمجال العلاج النفسي، حيث إن مجال الاهتمام هنا هو الفرد وليس المجموعة، كما هو الحال في الدلالة الإحصائية والدلالة العملية. وقد أشار هؤلاء الباحثون إلى أن الفرق بين المتوسطات لا يعطي معلومات حقيقية حول عدد المسترشدين الذين إنتقلو من مستوى الاضطراب إلى المستوى العادي (أنصار، 2012).

وقد قامت الباحثة الطالبة بحساب الدلالة الإكلينيكية لكل أفراد العينة كل على حدى، وذلك

لتدعيم النتائج الإحصائية والعملية المتوصل إليها خلال الدراسة الحالية.

الفصل الخامس: عرض وتفسير ومناقشة النتائج

1- عرض وتفسير النتائج

1-1- حساب الدلالة الإحصائية.

1-2- حساب الدلالة العملية: حجم الأثر

1-3 حساب الدلالة الإكلينيكية

2- تحليل ومناقشة النتائج

1-2- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى

2-2- تحليل ومناقشة الفرضية الثانية

3-2- تحليل ومناقشة الفرضية الثالثة

4-2- تحليل ومناقشة الفرضية الرابعة

1- عرض وتفسير النتائج:

لاختيار الأسلوب الإحصائي المناسب للتحقق من صدق الفرضيات، قامت الطالبة الباحثة باستخدام اختبار كولموغوروف سيميرنوف (Kolmogorov-Smirnov) بغرض التأكد من شرط اعتدالية التوزيع، وهذا لتحديد أي الأساليب الإحصائية التي تصلح للمعالجة :

جدول رقم (24): قيم اختبار كولموغوروف سيميرنوف (Kolmogorov-Smirnov)

Shapiro-wilk			Kolomogrov-smirnov			الاختبار الإحصائي
الدلالة	العينة	القيمة	الدلالة	العينة	القيمة	المكونات الفرعية
0.175	20	0.933	0.200	20	0.0153	م الوسواس القلبي
0.020	20	0.735	.0060	20	.0233	م الوسواس البعدي
0.073	20	.0913	0.116	20	0.174	م الوعي الكامل القلبي
0.071	20	0.913	0.790	20	0.183	م الوعي الكامل البعدي
0.134	20	0.927	0.146	20	0.167	م تصديق مشاعر القلق القلبي
0.112	20	0.923	.0.200	20	.0123	م تصديق مشاعر القلق البعدي
0.022	20	0.885	0.086	20	0.181	م التقبل والفعل القلبي
0.011	20	0.811	0.135	20	0.169	م التقبل والفعل القلبي

يتضح من الجدول أن كل قيم اختبار كولموغوروف سيميرنوف (Kolmogorov-Smirnov) غير دالة إحصائياً، مما يعني أن كل متوسطات المتغيرات في الاختبارات البعدية والقبلية تتبع التوزيع الطبيعي. وبهذا يكون قد تحقق شرط الاعتدالية، وبالتالي يمكن إجراء اختبار الفروق للتمييز بين المتوسطات.

كما ستعتمد الطالبة الباحثة على اختبار ماك غيغان (McGuigan) لحساب الدلالة العملية،

واختبار جاكبسون (Jacobson) لحساب الدلالة الإكلينيكية.

1-1- حساب الدلالة الإحصائية:

1-1-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

تم التحقق من الفرضية الأولى والتي تنص على: "لا يخفض البرنامج النفسي القائم على

أسس العلاج بالتقبل والالتزام من أعراض الوسواس القهري"، أي أن درجات المتوسطات القبلية

والبعديّة لعينة الدراسة متساوية، وذلك باستخدام اختبار "ت" للعينات المترابطة (القبلية والبعديّة)

وجاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (25): يبين متوسطات عينة الدراسة لمتغير الوسواس القهري في المقياس القبلي والبعدي

القياس	المتوسط	العينة	الانحراف المعياري	ت	الدلالة
الوسواس القبلي	25.7500	20	5.59017	17.64	0.000
الوسواس البعدي	2.5000	20	3.42591		

نلاحظ من الجدول أن متوسط العينة في الاختبار القبلي كان 25.75، والانحراف المعياري كان

5.59، والمتوسط الحسابي في الاختبار البعدي كان 2.5، والانحراف المعياري 3.42، مما يظهر أن

الفارق بين المتوسطين كبير وستتحقق من ذلك من خلال إجراء اختبار "ت".

نلاحظ من الجدول أن قيم اختبار "ت" = 17.645 وهي دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.000،

مما يدل على وجود فروق معنوية في متوسط الوسواس القهري في القياس القبلي والبعدي لصالح

القياس القبلي. وهذا ما يعني انخفاض في أعراض الوسواس القهري بعد الخضوع للبرنامج العلاجي

القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام، والنتائج المتوصل إليها هي عكس ما نصت عليه الفرضية الأولى.

1-1-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أنه: "لا يرفع البرنامج العلاجي القائم على العلاج بالتقبل والالتزام من الوعي الكامل لدى أفراد العينة"، أي أن درجات المتوسطات القبلية والبعدي لعينة الدراسة متساوية. وللتحقق من هذه الفرضية استخدم اختبار "ت" للعينات المترابطة (القبلية والبعدي) وجاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (26): يبين نتائج اختبار "ت" للعينات المترابطة الوعي الكامل لعينة الدراسة القبلي والبعدي

القياس	المتوسط	العينة	الإنحراف المعياري	ت	الدلالة
الوعي الكامل القبلي	23.05	20	4.55	26.89	0.000
الوعي الكامل البعدي	48.35	20	4.27		

نلاحظ من الجدول أن متوسط الوعي الكامل للعينة في الاختبار البعدي قدر ب 48.35، وهو أكبر من متوسط الوعي الكامل في الاختبار القبلي والذي قدر ب 23.05. وتم التأكد من ذلك من خلال استخدام اختبار "ت" للعينات المترابطة.

يظهر من الجدول أن قيمة "ت" = 26.898، وهي دالة عند مستوى دلالة 0.000، وبالتالي توجد فروق في متوسطات اختبار الوعي الكامل في القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي. وهذا يعني أن البرنامج العلاجي القائم على العلاج بالتقبل والالتزام يرفع الوعي الكامل وهذا عكس ما نصت عليه الفرضية الثانية.

1-1-3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أنه: "لا يؤدي البرنامج العلاجي القائم على العلاج بالتقبل والالتزام على فك الاندماج المعرفي لدى أفراد العينة". أي أن درجات المتوسطات القبلية والبعدي لعينة الدراسة متساوية، وللتحقق من هذه الفرضية استخدم اختبار "ت" للعينات المترابطة (القبلية والبعدي) وجاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (27): يبين متوسط اختبار تصديق مشاعر القلق للقياس القبلي والبعدي

القياس	المتوسط	العينة	الانحراف المعياري	ت	الدلالة
مصادقية أفكار القلق القبلي	93.65	20	10.08	26.34	0.000
مصادقية أفكار القلق البعدي	23.65	20	6.20		

نلاحظ من الجدول إن متوسط تصديق مشاعر القلق للعينة في الاختبار البعدي قدر ب 23.65 وهو أقل من متوسط تصديق مشاعر القلق في الاختبار القبلي والذي قدر ب 93.65 ذلك باستخدام اختبار "ت" للعينات المترابطة.

يظهر من الجدول أن قيمة "ت" = 26.34 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.000، وبالتالي توجد فروق في متوسطات اختبار مصادقية مشاعر القلق في القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي. وهذا يعني أن البرنامج العلاجي القائم على العلاج بالتقبل والالتزام ليؤدي إلى فك الاندماج، وهذا عكس ما نصت عليه الفرضية الثالثة.

1-1-4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على أنه: "لا يؤدي البرنامج العلاجي القائم على العلاج بالتقبل والالتزام إلى رفع المرونة النفسية لدى أفراد العينة". أي إن درجات المتوسطات القبلية والبعدي لعينة الدراسة

متساوية، وللتحقق من هذه الفرضية نستخدم اختبار "ت" للعينات المترابطة (القبلية والبعدي) وجاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (28): يبين متوسطات مقياس التقبل والفعل AAQ-II القبلي والبعدي

القياس	المتوسط	العينة	الانحراف المعياري	ت	الدلالة
التحكم والفعل القبلي	39.35	20	8.09	18713	0.000
التحكم والفعل البعدي	9.75	20	2.46		

نلاحظ من الجدول أن متوسط مقياس التقبل والفعل للعينات المترابطة في الاختبار البعدي قدر ب 9.75، وهو أقل من متوسط مقياس التقبل والفعل في القياس القبلي والذي قدر ب 39 ونتأكد من ذلك باستخدام اختبار "ت" للعينات المترابطة في متوسطات مقياس التقبل والفعل في القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي. وهذا يعني أن البرنامج العلاجي القائم على العلاج بالتقبل والالتزام يؤدي إلى رفع المرونة النفسية، وهذا عكس ما نصت عليه الفرضية الرابعة.

2-1- حساب الدلالة العملية "حجم الأثر":

يمثل حجم الأثر في البحوث النفسية طريقة لقياس أو تحديد فعالية البرنامج، أو التدخل، أو المعالجة. ويمكن أن يوصف حجم التأثير على أنه درجة زيف الفرض الصفري، ومن الجديري بالملاحظة أن الدلالة الإحصائية ليست بالضرورة أن تخبر الباحث عن الأهمية أو مقدار التأثير، فالنموذج الكلاسيكي لاختبار الفروض يبحث عن رفض أو عدم رفض الفرض الصفري الذي يزعم أن التأثير غير موجود، وإذا تم رفض الفرض الصفري فإن الباحث يستطيع أن يستنتج بأن التأثير يختلف بدلالة إحصائية عن الصفر. وهذا له فائدة عملية محدودة، وعلاوة على ذلك فالدلالة الإحصائية ليست مؤشرا مباشرا لحجم التأثير.

ومن هنا يمكن الحكم على فعالية أي برنامج في ضوء حجم التأثير، فإذا كان حجم التأثير كبيراً كان البرنامج فعالاً، وإذا كان حجم التأثير متوسطاً كان البرنامج فعالاً بدرجة متوسطة، أما إذا كان حجم التأثير ضعيفاً كان البرنامج فعالاً بدرجة ضعيفة.

لحساب حجم أثر البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية استخدمت الطالبة الباحثة نسب الكسب (Gain Ratio) لماك غيغان (Mc Guigan, 1967) والتي يرمز لها بحرف "G" = النهاية العظمى للمقياس P.

$$G = \frac{M_{post} - M_{pre}}{P - M_{pre}}$$

(حسن، 2012).

1-2-1- مقدار الأثر الذي أحدثه البرنامج العلاجي فيما يخص خفض أعراض الوسواس القهري:

للتأكد من حجم الأثر قامت الطالبة الباحثة بتطبيق معادلة ماك غيغان والتي كانت نتائجها كالتالي:

$$G = \frac{2.5 - 25.17}{0 - 25.75} = 0.90$$

نلاحظ من قيمة $G=0.90$ وهي تمثل قيمة أعلى من 0.60، مما يدل على أن البرنامج

العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام، قد أدى إلى إنخفاض أعراض الوسواس القهري والقيمة المتوصل إليها تدل على وجود حجم أثر مرتفع.

1-2-2- مقدار الأثر الذي يحدثه البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام في

رفع الوعي الكامل لدى أفراد العينة:

للتأكد من حجم الأثر قامت الطالبة بتطبيق نفس المعادلة السابق ذكرها وكانت النتائج كالتالي:

$$G = \frac{48.35 - 23.05}{56 - 23.05} = 0.76$$

نلاحظ أن قيمة $G=0.76$ وهي أكبر من 0.60 ، وهذا يدل على أن البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام قد أدى إلى ارتفاع الوعي الكامل لدى أفراد العينة.

1-2-3- مقدار الأثر الذي يحدثه البرنامج العلاجي في فك الاندماج المعرفي لدى أفراد العينة:

للتأكد من حجم الأثر تم تطبيق نفس المعادلة:

$$G = \frac{23.65-93.65}{16-93.65} = 0.90$$

نلاحظ أن قيمة $G=0.90$ وهي أكبر من 0.60 ، وهذا يدل على أن البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام أدى إلى فك الاندماج المعرفي لدى أفراد العينة.

1-2-4- مقدار الأثر الذي يحدثه البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام في

رفع المرونة النفسية لدى أفراد العينة:

تم الاعتماد على نفس المعادلة للتأكد من حجم أثر البرنامج العلاجي:

$$G = \frac{9.75-39.35}{7-39.35} = 0.91$$

نلاحظ أن قيمة $G=0.91$ وهي أكبر من 0.60 ، مما يدل على أن البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام أدى إلى رفع المرونة النفسية لدى أفراد العينة.

ولتدعيم النتائج الإحصائية والعملية المتوصل إليها من خلال هذه الدراسة لجأت الطالبة الباحثة

إلى البحث عن الدلالة الإكلينيكية لكل فرد من أفراد العينة، وذلك لرفع الثقة في النتائج المتوصل إليها

والتأكد من أن هذه النتائج ترجع لتأثير البرنامج العلاجي، وليست نتيجة للصدفة أو الأخطاء

الإحصائية.

1-3- حساب الدلالة الإكلينيكية:

لقد ناقش كل من جاكسون وتروكس (Jacobson and truax 1991) مشكلة الفرق بين الدلالة الإحصائية والدلالة الإكلينيكية، وتوصلا إلى ما يلي: "الأحكام المتعلقة بالدلالة الإكلينيكية تركز على معايير خارجية تم وضعها من طرف الجهات المتخصصة ... والدلالة الإكلينيكية لعلاج معين ترتبط بقدرته لتلبية معايير الكفاءة التي وضعها المعالجون والباحثون". ويرى كل من جاكسون وفوليت وريفنس ستورف أن التغيرات الناتجة عن العلاج النفسي تكون ذات دلالة إكلينيكية عندما يتمكن العميل من التحرك من فئة الاضطراب إلى فئة السواء بعد الخضوع للبرنامج العلاجي (Wise,2004).

ووفقا لما سبق ذكره تم حساب الدلالة الإكلينيكية للدراسة الحالية بتتبع الخطوات التالية:

1-3-1 حساب درجة القطع بالاعتماد على المعادلة التالية:

$$\text{نقطة القطع} = \frac{(s1 \times X2) + (s2 \times X1)}{s1 + s2} \quad (\text{Wise, 2004,51})$$

$$11.33 = \frac{(3.4259 * 25.75) + (5.5901 \times 2.5)}{(3.4259 + 3.4259)} = \text{نقطة القطع}$$

بعد تحديد نقطة القطع فإن الخطوة التالية هي تحديد مقدار التغيير الذي حدث، وذلك من خلال استخدام ما يسمى بمؤشر ثبات التغيير (Reliability Change Index (RCI)). ويتم حساب قيمة هذا المؤشر لكل فرد على حدى، وذلك من خلال حساب الفرق بين درجاته على القياسين القبلي والبعدي، ومن ثم قسمة هذا الفرق على الخطأ المعياري لدرجات الفرق كما هو موضح في المعادلة التالية :

$RCI = \left(\frac{\text{الفرق بين القياسين القبلي والبعدي}}{\text{الخطأ المعياري للفرق}} \right)$ (محسوبا من خلال جميع أفراد الدراسة).

ومن خلال استخدام درجة القطع ومؤشر ثبات التغيير (RCI)، فإنه يتم تصنيف أفراد عينة الدراسة إلى أربعة فئات وهي:

فئة الأفراد المتعافين (recovered): وهم أولئك الأفراد الذين وصلوا لحالة الشفاء، ولم يعودوا بحاجة لأي معالجة. ويعرّفون وفقا لطريقة جاكبسون- ترواكس (JT) بأنهم أولئك الأفراد الذين تجاوزوا نقطة القطع المحددة، وحصلوا على مؤشر ثبات تغيير ذو قيمة موجبة.

فئة الأفراد الذين تحسنوا (Improved): وهم أولئك الأفراد الذين تحسنت درجاتهم البعدية مقارنة بدرجاتهم القبلية، ولكنهم ما زالوا بحاجة إلى المعالجة. وتم تعريفهم وفقا لطريقة جاكبسون-ترواكس (JT) بأنهم أولئك الأفراد الذين لم يتجاوزوا نقطة القطع المحددة، ولكنهم تحصلوا على مؤشر ثبات تغيير ذو قيمة موجبة.

فئة الأفراد الذين لم يتغيروا (Unchanged): وهم أولئك الأفراد الذين لم يحدث أي تغيير لديهم، وبالتالي درجاتهم ما زالت بحاجة للمعالجة. ويعرّفون حسب طريقة جاكبسون- ترواكس (JT) بأنهم أولئك الأفراد الذين حصلوا على مؤشر ثبات تغيير يساوي صفر نتيجة تساوي درجاتهم القبلية مع درجاتهم البعدية.

فئة الأفراد الذين تدهوروا أو تراجعوا (Deteriorated): وهم أولئك الأفراد الذين كانت درجاتهم البعدية أقل من درجاتهم القبلية، وما زالوا بحاجة للمعالجة. وتم تعريفهم وفقا لطريقة جاكبسون- ترواكس (JT) بأنهم أولئك الأفراد الذين لم يتجاوزوا نقطة القطع المحددة، وحصلوا على مؤشر ثبات تغيير ذو قيمة سلبية (نصار، 2017). وقد تم حساب مؤشر ثبات التغيير في الدراسة الحالية وكانت نتائجه كالآتي:

جدول رقم (29): يمثل درجات الفرق ومؤشر ثبات التغير RCI

أفراد العينة	درجات الفرق	مؤشر ثبات تغيير (RCI)
01	24	18.21
02	20	15.18
03	20	15.18
04	25	18.97
05	29	22.01
06	27	20.49
07	24	18.21
08	33	25.04
09	28	21.25
10	25	18.97
11	26	19.73
12	17	12.90
13	15	11.38
14	22	16,70
15	25	18,97
16	32	24.28
17	23	17.45
18	22	16.70
19	21	15.94
20	7	5.31

يبين الجدول أعلاه درجات الفرق لأفراد العينة في الاختبار القبلي-البعدي، وكذا درجت القطع

لكل فرد من أفراد العينة. وفيما يلي جدول يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والخطأ

المعياري لدرجات الفرق:

جدول رقم (30) يمثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والخطأ المعياري لدرجات الفرق.

23.25	المتوسط الحسابي لدرجات الفرق
5.89	الانحراف المعياري لدرجات الفرق
1.317	الخطأ المعياري لدرجات الفرق

نلاحظ من الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لدرجات الفرق هو 23.25، أما الانحراف

المعياري كانت قيمته 5.89، والخطأ المعياري لدرجات الفرق يساوي 1.317. ومن خلال قيم مؤشر

ثبات التغيير المحسوبة ودرجة القطع أمكن وضع تصنيف للحالات وهو ما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم (31): يبين تصنيف الحالات بعد التعرض للبرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج

بالتقبل والالتزام

التصنيف	الحالة
شفيت	01
شفيت	02
شفيت	03
شفيت	04
شفيت	05
شفيت	06
شفيت	07
شفيت	08
شفيت	09
شفيت	10
شفيت	11
شفيت	12
شفيت	13
شفيت	14
شفيت	15
شفيت	16
شفيت	17
شفيت	18
شفيت	19
تحسنت ولكن لا زالت تحتاج للتدخل العلاجي لفترة أطول	20

نلاحظ من خلال النتائج المتحصل عليها والمبينة في الجدول رقم (10) أن 19 حالة من أفراد العينة تجاوزت نتائج نقطة القطع المقدر بـ 11.33، وهذا ما يجعلنا نقول أن هذه الحالات تنتمي للفئة الأولى من تصنيف جاكبسون- ترواكس (JT)، أي الأفراد الذين وصلوا إلى حالة الشفاء الكلي بعدما خضعوا للبرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام والمستخدم في الدراسة الحالية. أما الحالة الأخيرة والمبينة في الجدول أعلاه، فلم تتعد نقطة القطع المحددة في الدراسة الحالية، إلا أن قيمتها كانت إيجابية مما يدل على أن هذه الحالة تحسنت، مع احتياجها لفترة أطول من العلاج.

2- تحليل ومناقشة النتائج:

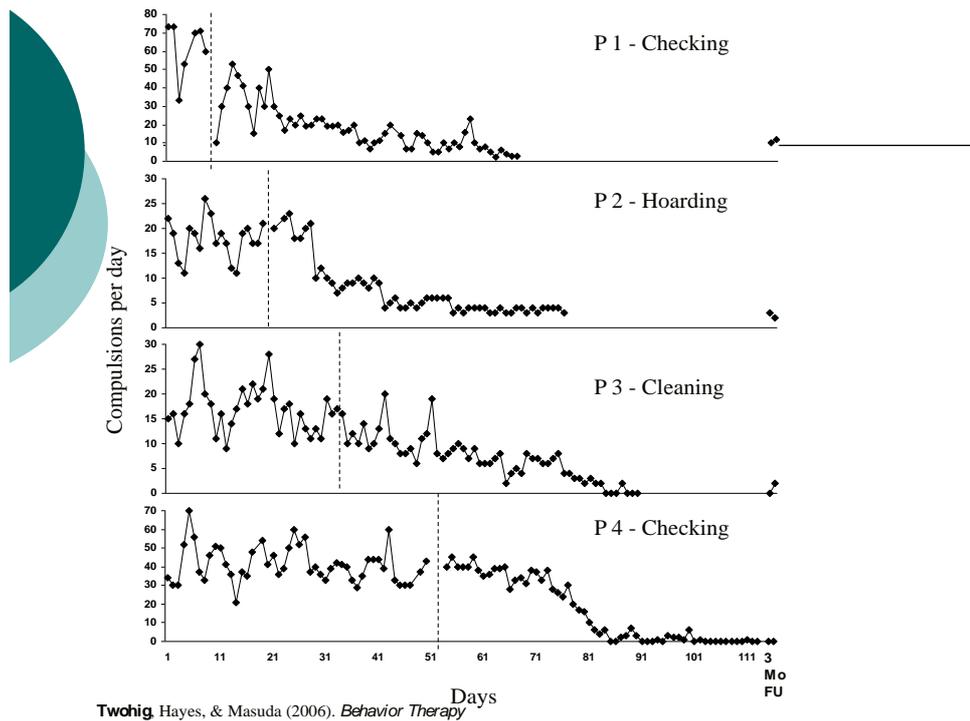
2-1- تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى على ما يلي: "لا يخفض البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام من أعراض الوسواس القهري". دلت النتائج المتحصل عليها من خلال المعالجة الإحصائية أن البرنامج العلاجي أحدث تغيير واضح وملحوظ، وبالتالي عدم تحقق الفرض الصفري. مما يعني قبول الفرض البديل والذي ينص على أن: "البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام يخفض من أعراض الوسواس القهري".

بينت النتائج المتوصل إليها من خلال حساب الدلالة الإحصائية، العملية والإكلينيكية وبكل وضوح درجة الأثر والتغيير الذي أحدثه البرنامج العلاجي، من حيث خفض أعراض الوسواس القهري. حيث أسفرت النتائج على تماثل 19 حالة إلى الشفاء من أعراض الوسواس القهري، بينما تحسنت حالة واحدة فقط. وأدى تطبيق البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام إلى خفض

أعراض الوسواس القهري لديها، إلا أنها لم تصل إلى حالة الشفاء الكلي، وهذا لأنها تحتاج إلى فترة تكفل أطول.

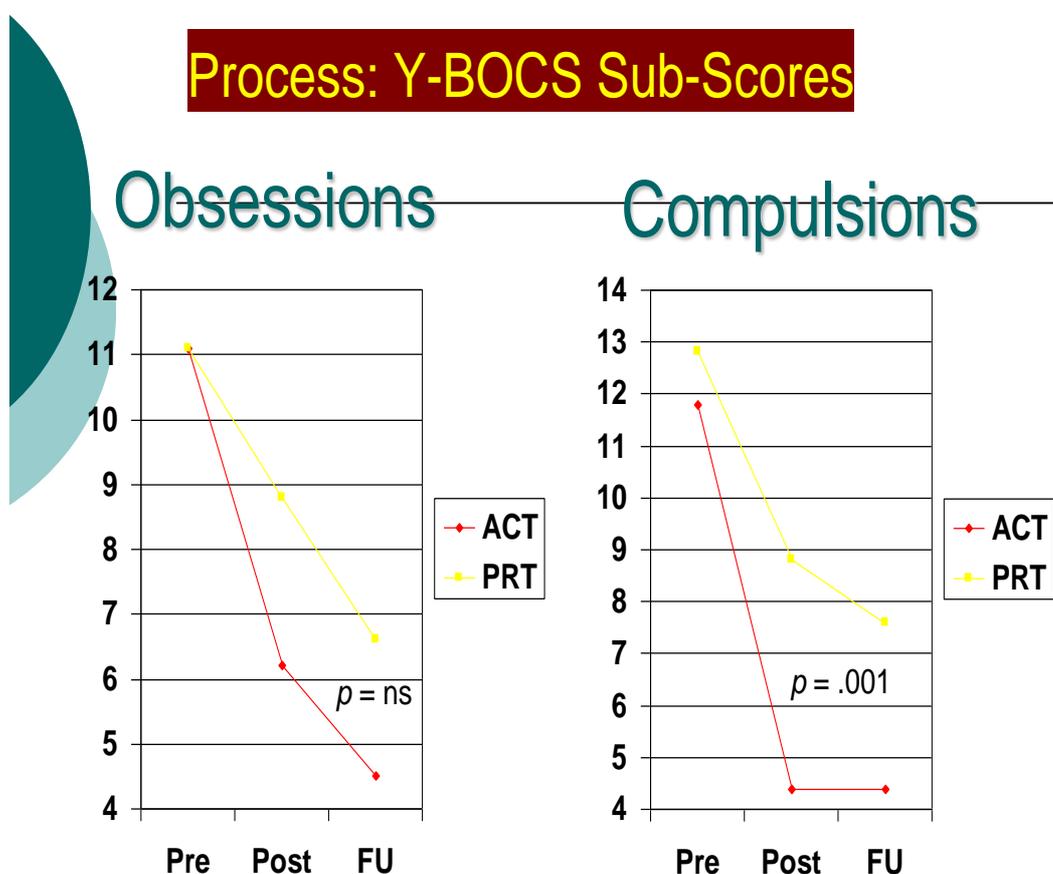
تدعم النتائج المتحصل عليها في الدراسة الحالية وتوثق نتائج دراسات سابقة قام بيها مجموعة من الباحثين نذكر منهم دراسة هايس (1987)، ودراسة توهيج (Twohig et al.2006)، ودراسة توهيج (Twohig,2007). و أثبتت كل هذه الدراسات فعالية البرامج العلاجية القائمة على أسس العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من أعراض الوسواس القهري. هذا وقد ذكر توهيج (Twohig, 2006) كيف للبرنامج العلاجي المستخدم في دراسته والقائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام أن يخفض من السلوكيات القهرية، والشكل الموالي يوضح نتائج الدراسة التي قام بها:



Twohig, Hayes, & Masuda (2006). *Behavior Therapy*

الشكل رقم (15): يوضح انخفاض السلوكيات القهرية في دراسة توهيج وآخرون بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام

يتضح من الشكل أعلاه إنخفاض السلوكيات القهرية وذلك بمرور الأيام والذي يعتبر الهدف الأساسي للعلاج بالتقبل والالتزام، ولا يستهدف هذا الأخير العرض النفسي ولا يسعى لتخليص العميل منه، وإنما يستهدف السلوكيات غير الفعالة والتي تؤدي بدورها إلى تدعيم الأفكار الوسواسية. والشكل الموالي يبين كيف استهدف توهيج وآخرون (Twohig et al, 2010) وقف الصراع النفسي من خلال التخلي عن السلوكيات غير المجدية:



Twohig et al. (2006) Presented at ABCT

الشكل رقم (16): يوضح انخفاض السلوكيات القهرية بعد الخضوع للبرنامج العلاجي القائم على

أسس العلاج بالتقبل والالتزام (Twohig, et al., 2010)

لقد أحدث التدخل العلاجي إنخفاضا دالا إكلينيكيًا في السلوكيات القهرية لدى كل الحالات قبل نهاية العلاج، وتم الحفاظ على نتائج العلاج بعد ثلاثة أشهر من إنتهاء البرنامج العلاجي.

وكما توصل توهيج وهاميس وآخرون (Twohig, et al., 2010) إلى إثبات فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في خفض أعراض الوسواس القهري، وذلك مقابل التدريب الاسترخائي التدريجي لصالح العلاج بالتقبل والالتزام. حيث أدى هذا الأخير إلى انخفاض واضح في أعراض الوسواس القهري، والنتائج المتوصل إليها في الدراسة السابقة الذكر لا تختلف عن نتائج دراسة دهلين وآخرون (Dehlin, Morrison, & Twogig, 2013) والذين أثبتوا فعالية هذا التوجه العلاجي مع فرط الوسوسة والنتائج ذاتها توصل إليها ياجوب فاكليي وآخرون (Vakili, Gharaee, & Habibi, 2015).

وهذا ما تمكنت الطالبة الباحثة من إثباته من خلال الدلالة العملية، أي حجم الأثر الذي أحدثته البرنامج القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام والذي كانت نتيجته (G=90). واعتمدت الطالبة الباحثة الدلالة الإكلينيكية لتأكيد وتدعيم النتائج المتوصل إليها إحصائيا وعمليا، وقد اتضح ذلك من خلال تجاوز (19 حالة) من أفراد العينة درجة القطع، والتي حسب جاكسون هي دليل على الشفاء من الاضطراب، أما الحالة الأخيرة فقد أحرزت تحسنا ملحوظا ولكن لم تتعدى درجة القطع. وحسب رأي الطالبة الباحثة وبعد مناقشة هذه الحالة مع الطبيب النفسي المتتبع لها، فإن الحالة أحرزت تحسنا ملحوظا، ولكن طبيعة المرض العضوي الذي تعاني منه لعب دورا هاما في عدم تماثلها للشفاء الكلي وبالتالي تحتاج إلى فترة علاج أطول.

إن نتائج الدراسات السابقة الذكر بما فيهم الدراسة الحالية والتي تعتبر الدراسة الأولى في البيئة العربية، التي حاولت تقديم تدخل علاجي يمزج بين أسس العلاج بالتقبل والالتزام وأسلوب التعرض. ويختلف هذا الأخير عن التعرض الكلاسيكي الذي يستهدف درجة القلق، حيث يكون التركيز على

عملية الإنفتاح وفسح المجال للمشاعر السلبية بأن تتواجد، وعدم الصراع معها أو محاولة التخلص منها ونقل التركيز بكل هدوء للحظة الحالية والاندماج فيما هو مهم. وحسب رأي الطالبة الباحثة فإن التدرج المنطقي في التعامل مع أعراض الوسواس القهري ساعد أفراد العينة والمتمثلة في (20 حالة) على فهم طبيعة هذا الاضطراب والأعراض الناتجة عنه، وكذا التخلي عن السلوكيات القهرية والتي تلعب دورا محويا في تدعيم واستمرار هذا الاضطراب. وقد تأتي ذلك من خلال رفع وعي العملاء بما يحدث في عالمهم الداخلي، ورفع قدرتهم على التعامل مع الأفكار الوسواسية على أنها مجرد أفكار تمثل جزءا لا يتجزء من الطبيعة البشرية، وليست بمشكلة لا بد من إيجاد حل لها أو التخلص منها.

ويمكن بلوغ ذلك باستخدام مختلف مهارات فك الاندماج، وتوضيح أهمية اللحظة الحالية، وأهمية توجيه السلوكيات الالتزامية لخدمة القيم، فتصبح هذه الأخيرة بمثابة بوصلة توجه وتحرك سلوك الشخص، فينتقل بذلك من حياة يحركها الصراع النفسي إلى حياة مثمرة وغنية وذات معنى، وهذا ما يمكنه من التعامل مع الأعراض الوسواسية بشكل مرن أكثر ويساعد على انخفاض الأعراض الوسواسية وتجنب الإنتكاسة.

وقد تعذر على الطالبة الباحثة إجراء الاختبار التتبعي بعد إنهاء البرنامج العلاجي بمدة زمنية لصعوبة الحفاظ على الحالات، سواء بسبب السفر أو عدم الحاجة للتدخل العلاجي.

2-2- تحليل ومناقشة الفرضية الثانية:

والتي نصت على ما يلي: "لا يرفع البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام من الوعي الكامل لدى العميل". إن النتائج المتحصل عليها من خلال المعالجة الإحصائية ونتائج الدلالة العملية (حجم الأثر) والتي كانت نتيجته ($G=0.76$)، وهو ما يعكس حجم أثر مرتفع ويؤدي بنا إلى رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل والذي ينص على أن: "يرفع البرنامج العلاجي القائم

على أسس العلاج بالتقبل والالتزام من الوعي الكامل لدى العميل". ويقصد بالوعي الكامل رفع قدرة العميل على ملاحظة ما يحدث معه في اللحظة الحالية، سواء تعلق الأمر بالعالم الداخلي أم بالخبرة الشخصية المعاشة. فيتمكن الشخص من ملاحظتها والتعامل معها على أنها مجرد أفكار ومشاعر تنتمي للخبرة الشخصية الداخلية، وهي لا تمثل بأي حال من الأحوال الواقع المعاش والمتمثل في العالم الخارجي. ومن خلال مهارات الملاحظة ورفع الوعي يتعلم العميل التمييز بين ما يتلقاه من العالم الداخلي سواء تعلق بالأفكار، المشاعر، الأحاسيس، الذكريات ... وما يستقبله من العالم الخارجي من خلال الحواس وهذه القدرة على التمييز ترفع من قدرة الفرد على التعامل مع ما يحصل معه بفعالية أكثر، فلن يستغرق وقتاً وجهداً في الصراع مع معطيات لا تمثل الواقع المعاش وإنما هي نتاج عالمه الداخلي.

ويرى دوجلاس وهاميس (Douglas, Hayes, 2014) أن العلاج بالتقبل والالتزام يحاول خلق وضعية أن الأفكار لا تحتاج أن تصدق ولا أن تتغير، وإنما رفع إمكانية ملاحظتها وكأنها موضوع للوعي والتعلم منها ومن ثم نقل التركيز لما هو مهم في اللحظة.

وترى كيلي ويلسن (Wilson, 2009) أن سيرورة الوعي الكامل تتم من خلال رفع الإتصال باللحظة الحالية، التقبل، مهارات فك الاندماج والأنا كسياق، كلها معا تعمل على رفع وعي العميل بما يحصل معه سواء في العالم الداخلي أو العالم الذي من حوله. كما ترى أيضا أن الوعي الكامل هو استراتيجية من استراتيجيات فك الاندماج في حد ذاته، كما يمكن أيضا استخدامه مع استراتيجيات فك الاندماج الأخرى. على سبيل المثال بعض الدقائق من التركيز الواعي على عملية التنفس قد تساعد العميل على الاندماج أكثر مع بعض التمارين الكلاسيكية للعلاج بالتقبل والالتزام، مثل تمرين التجسيد (Physicalizing).

والأمر نفسه يتعلق بالوعي الكامل والتقبل، فعلى سبيل المثال عندما يكون لدى العميل محتوى نفسي معين يولد لديه الضيق وعدم المرونة، فإن تدريبه على المرونة مع الوعي بالسيرورة سوف يعطي نتائج أحسن بكثير من تدريبه على المرونة النفسية دون الارتكاز على مكون الوعي. ولا يختلف الأمر فيما يخص الاتصال باللحظة الحالية، أو في تمييز الأنا كسياق. فيمكن مثلا سؤال العميل عند تركيزه على عملية التنفس أن يلاحظ أي جزء يلاحظ أنه يتنفس.

وكما تقدمت الدكتورة كيلي بتوضيح مكونات الوعي الكامل وكيفية رفع قدرة العميل على ملاحظة ما يحدث معه، أثبتت الممارسة العيادية أن الخطوة الأولى لتمكين العميل من التعامل مع الأعراض النفسية التي يعاني منها هي رفع الوعي بها، وبالتالي تتحسن قدرته على ملاحظتها على إنها مجرد مكونات ناتجة عن تفسيرات يعطيها الدماغ للعميل في وضعيات مختلفة وهي لا تعكس نهائيا الواقع المعاش. وخلال جلسات العلاج كان العملاء يشاركون ملاحظات من نوع: "لقد فقدت الفكرة أثرها عليّ عندما تمكنت من ملاحظتها"، "لقد استرسلت في قصة دماغي وبعدها انتبهت وانتقلت مجددا للحظة الحالية، فلاحظت أنني تمكنت من الاندماج مع ما يحصل معي" وغيرها من التعليقات والتي كانت تعكس أهمية وفائدة رفع الوعي لدى العميل، وكيف لذلك أن يؤثر إيجابا على حياته بشكل عام وعلى التعامل مع أعراض الوسواس القهري بشكل خاص.

2-3- تحليل ومناقشة الفرضية الثالثة:

نصت الفرضية الثالثة على أنه: "لا يؤدي البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام الي فك الاندماج المعرفي. أسفرت النتائج المتحصل عليها من خلال المعالجة الإحصائية ونتائج الدلالة العملية (حجم الأثر) والتي كانت نتيجته ($G=0.91$)، وبالتالي تعكس حجم الأثر مرتفع وما سبق ذكره يؤدي بنا إلى رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل والذي ينص على: "يؤدي

البرنامج العلاجي إلى فك الاندماج المعرفي". وهذه النتائج تدعم نتائج العديد من الباحثين والذين تطرقوا إلى اضطراب الوسواس القهري أو اضطرابات نفسية أخرى، من بينهم دراسة مايكل توهيج وآخرون (Twohig, et al., 2015) والذين توصلوا من خلال دراستهم إلى إمكانية فك الاندماج المعرفي لدى مرضى الوسواس القهري من خلال البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام، وهي نفس النتائج التي توصل إليها كل من الباحثة آرش وآخرون

(Arch, Wolitzky-Taylor, Eifert, & Craske, 2012).

وفي دراسة تناولت متغير القلق وكانت بمثابة دراسة مقارنة بين تدخلين علاجيين، الأول مثل التدخل العلاجي القائم على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي، أما الثاني فتمثل في تدخل علاجي قائم على مبادئ العلاج بالتقبل والالتزام. وأسفرت نتائج الدراسة أن كلا العلاجين أحدثا تغييرا في الحالات بشكل عام، بينما أدى العلاج بالتقبل والالتزام إلى نتائج أحسن فيما يخص فك الاندماج المعرفي لحساسية القلق.

وهذه النتائج تدعم نتائج فرمان وآخرون (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007)، أين قاموا بدراسة على 101 حالة ذات إقامة خارجية وأشرف عليها 23 معالجا نفسيا متخصصا، أما في العلاج المعرفي الكلاسيكي أو العلاج بالتقبل والالتزام. وكانت الحالات تعاني إما من القلق أو الاكتئاب. وأسفرت نتائج الدراسة عن تحسن المجموعتين ولكن بفعالية أكبر فيما يخص المجموعة التي تعرضت للعلاج بالتقبل والالتزام في كل من مكون التجنب التجريبي، التصرف بوعي والتقبل. أما الملاحظة ووصف التجربة الشخصية فكانت النتائج لصالح المجموعة التي تعرضت للعلاج السلوكي الكلاسيكي.

ويرى توهيج (Twohig, 2008) أن فك الاندماج يساعد على تغيير طريقة عيش الأفكار، وبالتالي يكون لها أثر أقل على سلوك الشخص. فلا تأخذ بالمعنى الحرفي وذلك كون الاندماج المعرفي مع الأفكار يؤدي للتعامل معها على أنها إما "صحيحة/خاطئة"، سيئة/جيدة"، " ذات معنى/لا معنى لها". وفك الاندماج المعرفي يؤدي للتعامل مع الأفكار على أنها مجرد أفكار لا أكثر، فهي لا تمثل تهديدا بالنسبة للشخص الذي يعيشها. فعلى سبيل المثال تعاني كارولين من وساس وقلق مرتبط بفكرة مفادها "الكلمات التي تظهر في رأسي تؤدي إلى زيادة دقات القلب لدي"، وهذا ما يجعلها تعيش شعورا يطلق عليه مصطلح "الخوف". ولعله من الأيسر الشعور ببعض المشاعر الداخلية كما هي دون الجانب اللفظي لها. وللخض من الاندماج المعرفي لا بد من التعامل مع الأفكار الوسواسية والمشاعر السلبية على إنها مجرد معاش داخلي ولا تعكس الواقع المعاش.

ويرى بلاكلادج (Blackledge,2007) أن مهارات فك الاندماج في العلاج بالتقبل والالتزام تحوي مجموعة متنوعة من التدخلات العملية، والتي تساعد الشخص على رؤية الأفكار على أنها مجرد أفكار وليست حقائق موجودة.

أما ماسودا وآخرون (Masuda,et al.,2009) فقد تمكنوا من إثبات فعالية بعض مهارات فك الاندماج في تخليص الشخص من الأثر اللفظي للأفكار السلبية، وذلك بتكرار الكلمات بشكل سريع. وأسفرت نتائج الدراستين اللتين قاموا بهما على أن الكلمات السلبية تفقد تأثيرها على الشخص بعد تكرارها بشكل سريع ما بين 10 ثواني إلى 33 ثانية، أما أثرها على اعتقاد الشخص بصحتها يتلاشى ما بين 20 ثانية إلى 30 ثانية .

وتعتبر مهارة تكرار الكلمة السلبية بأسرع وقت ممكن من المهارات الأولى المستخدمة في فك الاندماج، بالرغم من ابتكار العديد من المعالجات مهارات مختلفة ومتنوعة لمساعدة العملاء على

عملية فك الاندماج المعرفي، إلا أن هذه التقنية لا تزال تتمتع بشعبية كبيرة من قبل المعالجين من ذوي منحى العلاج بالتقبل والالتزام.

وفك الاندماج المعرفي خطوة أساسية لمساعدة العميل الذي يعاني من اضطراب الوسواس القهري للتعامل مع أفكاره الوسواسية، والتعامل معها على أنها مجرد أفكار ولا تعكس الواقع المعاش. ويتأتى ذلك من خلال تدريب العميل على مهارات مختلفة تساعد على فك الاندماج لديه، والتي تعتبر الخطوة التالية لرفع الوعي بما يحصل في العالم الداخلي للعميل. إن رفع الأنا الملاحظ يساعد العميل وبشكل أسهل للتعامل مع أفكاره الوسواسية، ويتأتى ذلك من خلال مهارات فك الاندماج والتي تعتبر المرحلة الأولى منها الملاحظة، ومن ثم تسمية الفكرة، وتطبيق مهارات فك الاندماج. وهذا ما جعل أفراد عينة الدراسة بعد تدريبهم على هذه المهارات يتمكنون من التعامل مع الأفكار الوسواسية المتسلطة على أنها مجرد أفكار ولا تعكس الواقع المعاش، الأمر الذي سهل عليهم التعامل مع الأعراض الوسواسية بشكل مختلف عما تعودوا القيام به.

2-4- تحليل ومناقشة الفرضية الرابعة:

والتي نصت على ما يلي: "لا يرفع البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام من المرونة النفسية". إن النتائج المتحصل عليها من خلال المعالجة الاحصائية ونتائج الدلالة العملية (حجم الأثر) والتي كانت نتيجته ($G=0.90$)، والذي يعكس حجم أثر مرتفع. وما سبق ذكره يؤدي بنا إلى رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل والذي ينص على: "يرفع البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام من المرونة النفسية".

إن النتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية تدعم وتؤكد النتائج التي توصل إليها كل من توهيج فيلارداج وآخرون (Twohig, Vilardaga, Levin, & Hayes, 2015)، والذين قاموا بتتبع

التغيرات التي تطرأ على المرونة النفسية أثناء تطبيق البرنامج العلاجي القائم على العلاج بالتقبل والالتزام، والتي أدت إلى تحسن ملحوظ لدى أفراد العينة التجريبية، مقارنة بالمجموعة الضابطة والتي تم تدريبها على الاسترخاء التدريجي، وجاءت النتائج لصالح العينة التي خضعت للعلاج بالتقبل والالتزام.

إن المرونة النفسية في العلاج بالتقبل والالتزام تعتبر الهدف الأساسي والذي يتم تحقيقه من خلال رفع الوعي باللحظة الحالية، التقبل والانفتاح وفسح المجال للأفكار والمشاعر السلبية بأن تتواجد وعدم الصراع معها أو محاولة التخلص منها. ويتأتى ذلك من خلال استخدام مجموعة من المهارات المتمثلة في مهارات فك الاندماج، ورفع الأنا الملاحظ، ومهارات الوعي الكامل، والتي تتآزر فيما بينها لترفع وعي العميل وبالتالي يكف عن الصراع ويوجه سلوكياته ناحية القيم.

إن الاختلاف الكامن بين الأساليب العلاجية الكلاسيكية والموجة الثالثة للعلاج المعرفي بشكل عام والعلاج بالتقبل والالتزام بشكل خاص، يكمن في الفلسفة الكامنة وراء العلاج. فعلى نقيض العلاجات السابقة لا يحاول العلاج بالتقبل والالتزام التخلص أو التخفيف من الأعراض النفسية بتاتا ولا تأخذ هذه الأخيرة حيز الاهتمام، وإنما يستهدف المرونة النفسية وذلك من خلال العمل تدعيم وتقوية الأجزاء والمكونات الستة والمتمثلة في: رفع الاتصال باللحظة الحالية، التقبل والانفتاح، فسح المجال، فك الاندماج، الأنا كسياق، السلوك الاهتمامي الالتزامي والقيم. ونتاجا لهذا العمل المتناسق بين المكونات الستة ترتفع المرونة النفسية لدى العميل، وترفع معها قدرته على التعامل مع الأمور التي تؤرقه. فيتمكن من تخليص نفسه منها بدل التخلص منها فلا يندمج في مختلف القصص والسيناريوهات التي يرويها له دماغه والتي عادة ما تتعلق بالماضي المؤلم أو المستقبل المخيف، وإنما يلاحظها على أنها نتاج للطبيعة البشرية وهو ليس مجبرا على أن يندمج معها، أو يصدقها، أو يبذل الجهد الجهد للتخلص منها. وبهذه الطريقة يتمكن من تخليص نفسه مما يطلق عليه مصطلح الصراع النفسي، وبالتالي يسهل عليه توجيه سلوكياته وجهده ناحية ما هو مهم بالنسبة له في الحياة في اللحظة الحالية.

الخاتمة

الخاتمة

يعد اضطراب الوسواس القهري من بين الاضطرابات النفسية التي تؤثر بشكل ملحوظ على حياة الإنسان، وقد يعاني المصاب به لسنوات طويلة في صمت، وذلك لاعتقاده بسخافة ما يشعر به وخجله من مشاركة ذلك مع من حوله حتى يتمكن الوسواس منه، ويجد نفسه يستغرق في الصراع معه أكثر مما يستغرقه في الاندماج في الأمور المهمة لديه أو العالم من حوله. وقد زاد الاهتمام بهذه الشريحة بالتحديد في السنوات الأخيرة نتيجة الانفتاح الذي حصل في العالم، وسهولة الوصول للمعلومة بشكل أسرع وأبسط من خلال الإنترنت وزيادة الوعي الناتج عن شبكات التواصل الاجتماعي، ومناقشة هذا النوع من المواضيع أصبحنا نلاحظ زيادة ملحوظة في طلب المساعدة في العيادات النفسية، وهذا عكس ما عهدناه في السنوات القليلة الماضية. لذلك حظي هذا الاضطراب باهتمام كبير من طرف الباحثين والمعالجين، حيث تشير الأبحاث الحديثة أن حوالي 70-80% من مرضى الوسواس القهري يتمثلون للشفاء بعد استعمال العقاقير المثبطة لاسترجاع السيروتونين، والتي تزيد من السيروتونين في المستقبلات العصبية مع العلاج السلوكي، ولكن للأسف تزيد نكسة المريض بعد التوقف عن العلاج الكيميائي والسلوكي، ويجب أن يستمر العلاج لمدة لا تقل عن ستة أشهر وقد يستمر لمدة سنوات. لذلك ركزت اتجاهات الباحثين في الأونة الأخيرة على تطوير علاج نفسي أكثر نجاعة ويعد العلاج بالتقبل والالتزام أحد هذه العلاجات، وهو يعد من بين علاجات الموجة الثالثة والتي حاولت تطوير مهارات وفنيات علاجية تساعد العميل على التعامل مع الاضطرابات النفسية عامة، واضطراب الوسواس القهري خاصة، وذلك بشكل مرن وفعال. ويتأتى ذلك من خلال تدريب العميل على مهارات تساعد في التعامل مع أفكاره ومشاعره السلبية وكيفية تطبيق هذه المهارات على حياته بشكل عام، بحيث لا يكون الهدف العلاجي هو التخلص من العرض النفسي وإنما على كيفية التعامل مع ما يحدث معه في عالمه الداخلي، وكيفية استثمار وقته وجهده والاندماج مع ما هو مهم بالنسبة له، بدلا من الصراع العقيم والذي لا ينتج عنه إلا الزيادة من حدة الأعراض النفسية. وهكذا يتعلم العميل كيفية التعامل بشكل فعال أكثر مع الأعراض التي يعاني منها ويتجنب احتمالية الإنكسار في المستقبل، لأن

الخاتمة

ما تعلمه أهله لأن يقود حياته ويتعامل مع كل ما يحصل له بوعي وفعالية، وهذا ما دفع بالطالبة الباحثة إلى الإعتماد على هذا التيار العلاجي الحديث .

وفي ظل الغياب الواضح لمثل هذه الدراسات على المستوى المحلي والعربي جاءت هذه الدراسة كتجربة أولى في هذا المجال، من خلال برنامج علاجي متكون من اثنتي عشرة جلسة بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً، تم تطبيقه على عشرين حالة. وأسفرت النتائج عن حدوث تحسن ملحوظ في أعراض اضطراب الوسواس القهري، أين تماثلت العديد من الحالات للشفاء الكلي بالإضافة إلى زيادة المرونة النفسية، التقبل وزيادة الوعي لدى أفراد العينة، مع انخفاض واضح في أفكار ومشاعر القلق لديهم. وهذا ما أكدته نتائج الدراسة الإحصائية والعملية والإكلينيكية، الأمر الذي يوافق نتائج الدراسات السابقة.

وما سبق ذكره يتطلب بلا شك المزيد من الدراسات في هذا المجال، ويفتح آفاقاً لأبحاث جديدة تقترح الطالبة الباحثة بعضاً منها كحوصلة لهذه التجربة العملية وتتمثل في:

- إجراء أبحاث ودراسات تتطرق لتطبيق البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية، ومتابعة الحالات لفترات زمنية أطول قد تمتد لسنتين أو أكثر للتأكد من استمرارية تطبيق العملاء للمهارات التي تم التدريب عليها وفترات أطول، أو تعميمها على وضعيات مختلفة وهذا ما تعذر على الطالبة الباحثة القيام به.

- تطبيق تقنيات وأسس هذا العلاج على اضطرابات مختلفة كالقلق، الاكتئاب والمخاوف وغيرها .

- إجراء دراسات مقارنة أين يتم تطبيق هذا البرنامج العلاجي القائم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام، ومقارنته ببرامج تركز على أسس علاجية أخرى كالعلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتعرض ومنع الاستجابة، ومتابعة نتائج العلاج لفترات أطول.

هذا ولا يزال مجال علم النفس مجالاً خصباً يحتاج للعديد من الأبحاث والدراسات لتطويره، وجعل البرامج العلاجية أكثر فعالية مع سرعة تطبيقها واستمرارية فعاليتها على المدى البعيد.

قائمة المراجع

المراجع:

إبراهيم أنيس، عبد الحليم منتصر، عطية الصوالحي، و محمد خفلة أحمد. (2008). المعجم الوسيط (المجلد 4). جمهورية مصر: مجمع اللغة العربية، مكتبة الشروق الدولية.

أبو جراد، و حمدي يونس. (2013). قوة الاختبارات الإحصائية و حجم الأثر في البحوث التربوية المنشورة في مجلة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، كلية التربية. مجلة العلوم التربوية والنفسية، 14(2).

أحمد عكاشة. (2017). الطب النفسي المعاصر (المجلد 17). القاهرة: مكتبة الإنجلو المصرية. أشرف محمد محمد عطية. (2011). فعالية العلاج بالتقبل و الالتزام في تخفيف حدة الاكتئاب لدى أمهات الاطفال المصابين بالأوتيزم. مجلة دراسات عربية في علم النفس، 10(3)، الصفحات 429-484.

المكتب الأقليمي لشرق المتوسط منظمة الصحة العالمية. (1992). المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، تصنيف الاضطرابات النفسية و السلوكية. القاهرة: تصنيف المكتبة الطبية القومية.

أنور حمادي. (2017). معايير DSM5. Kindle Edition.

تهاني عبد الهادي. (2012). اضطراب الوسواس القهري و علاجه المعرفي السلوكي (المجلد 1). القاهرة: مؤسسة العلياء للنشر.

حامد عبد السلام زهران . (2005). الصحة النفسية و العلاج النفسي (المجلد 4). القاهرة: عالم الكتب.

ديفيد بارلو. (2002). مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية. مصر: مكتبة الإنجلو المصرية.

قائمة المراجع

- روس هاريس، و بيف ايسبيت . (2018). دليل الجيب عن فخ السعادة (المجلد 1). السعودية: مكتبة جرير.
- صباح السقا. (2014). فعالية العلاج الاستعرافي-السلوكي للوسواس القهري. مجلة جامعة دمشق، 30(1).
- عزت عبد الحميد محمد حسن . (2011). الإحصاء النفسي و التربوي. القاهرة: دار الفكر التربوي.
- علي مهدي كاظم ، و تغريد بنت تركي آل سعيد. (26 4, 2009). الوسواس القهري لدى الاطفال والمراهقين العمانيين. مجلة الطفولة العربية، 26، الصفحات 8-31.
- عليان، مصطفى ربحي، و عثمان محمد غنيم . (2000). مناهج وأساليب البحث العلمي (المجلد 1). الأردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- عمار بوحوش، و محمد ذنبيات. (2001). منهاج البحث العلمي و طرق إعداد البحوث. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- عمر الريماوي ، و أميرة الريماوي . (2014). الوسواس القهري و علاقته بأبعاد الشخصية العصابية والإنبساطية لدى طلبة جامعة القدس. المجلة الدولية التربوية المتخصصة، 3(5)، 89-103.
- غسان يعقوب. (2019). كيف تتغلب على اضطرابات الوسواس بالعلاج النفسي (المجلد 1). لبنان: الدار العربية للعلوم ناشرون.
- فارس رشيد البياتي . (2018). الحاوي في مناهج البحث العلمي (المجلد 1). المملكة الأردنية الهاشمية: دار السواقي العلمية.
- فاطمة نوفل. (2016). الوسواس القهري (المجلد 1). مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

قائمة المراجع

- فيصل محمد خير الزراد. (2008). العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق ، التوتر النفسي و الوسواس القهري بطريقة الكف النقيض (المجلد 2). لبنان: دار العلم للملايين.
- لي باير . (2010). الوسواس القهري علاجه السلوكي و الدوائي. دمشق: الهيئة العامة السورية للكتاب.
- مارك ويليامز، و داني بنمان. (2019). الوعي التام (المجلد 1). المملكة العربية السعودية: مكتبة جرير.
- محمد حسن غانم . (2017). الاضطرابات النفسية والعقلية و السلوكية. مصر: مكتبة الإنجلو المصرية.
- منال إبراهيم الفقي. (2016). فعالية العلاج بالتقبل و الالتزام في تنمية المرونة النفسية. مجلة الارشاد النفسي، 2(47).
- منال بنت خصيب الفزارية. (2017). الوسواس القهري لدى طلبة جامعة السلطان قابوس وعلاقته ببعض المتغيرات. مجلة الدراسات التربوية و النفسية، 11(2)، الصفحات 297-314.
- نهال لطفي حامد، حسنين، عباس عباس، هاشم، سامي محمد موسى، عامر، وعبد الناصر السيد. (يناير، 2013). أثر برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام في تنمية التجهيز الانفعالي لدى طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية بالاسماعيلية، 25، الصفحات 167-204.
- نوير بنت سليمان بنت مبارك البلوي . (2018). فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر في خفض اضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة لدى النساء في المملكة العربية السعودية. مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية و الإنسانية، 38، الصفحات 468-485.
- وائل أبو هندي. (2003). الوسواس القهري من منظور إسلامي. 1(293).

يحيى حياتي نصار . (2017). الدلالة الإكلينيكية للبحوث النفسية و التربوية المستخدمة للتصاميم التجريبية "دراسة تحليلية". مجلة الدراسات التربوية و النفسية، 11(2)، الصفحات 352-

.369

Abramowitz, J., Baucom, D. H., Boeding, M. G., Wheaton, M. G., Pukay, M., Fabricant, L. E., . . . Fischer, M. S. (2013). Treating ElliObsessive-Compulsive Disorder in Intimate Relationships: A Pilot Study of Couple-Based Cognitive-Behavior Therapy, Association for Behavioral and Cognitive Therapies. Behavior Therapy, 44, 395-407.

Arch, J. J., Wolitzky-Taylor, K. B., Eifert, G. H., & Craske, M. G. (2012). Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. Behaviour Research and Therapy, 50, 469-478.

Bach, P. A., & Moran, D. J. (2008). ACT in practice, case conceptualization in acceptance & commitment therapy. Oakland, California, USA: New harbinger publication.

Blackledge, J. T. (2007). Disrupting Verbal Processes: Cognitive Defusion in Acceptance AND Commitment Therapy and Other Mindfulness-Based Psychotherapies. The Psychological Record, 57, 1-22.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. C., Guenole, N., Orcutt, H. K., . . . Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. Behavior Therapy, 42, 676-688.

Clair, A.-H., & Trybou, V. (2013). Comprendre et traiter les TOC (Vol. 2). Paris: Dunod.

Cuviller-Remacle, O. (2014). ,la thérapie d'acceptation et d'engagement : une revue systématique de la littérature. Tours: faculté de médecine de tours.

Cuvillier Remacle, O. (2014). la therap[ie d acceptation et d engagement ; une revue systematique de la literature. Université François-Rabelais, Medicine. France: Academie d'Orleans-Tours.

Dantin, L. (2014). Vaincre les TOC. Paris: Editions in press.

- Dehlin, J., Morrison, K., & Twogig, M. (2013, 11 02). Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Scrupulosity in Obsessive Compulsive Disorder. *Behavior modification*, 37, 1-22.
- Essays, U. (2018, November). Analysis of OCD Using Relational Frame Theory, Experiential Avoidance and Emotion Regulation. Retrieved from . Retrieved from <https://www.ukessays.com/essays/psychology/analysis-of-ocd-using-relational-frame-theory-experiential-avoidance-and-emotion-regulation.php?vref=1>
- Fabricant, L. E., & Abramowitz, J. S. (2013). A Comparison of Two Brief Interventions for Obsessional Thoughts: Exposure and Acceptance. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27.
- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). RELATIONAL FRAME THEORY, ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY, AND A FUNCTIONAL ANALYTIC DEFINITION OF MINDFULNESS. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), 315-336.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for anxiety and depression. . *Behavior Modification*, 31(6), 772-799.
- Francis, A. W., Dawson, D. L., & Golijani-Moghaddam, N. (2016, May 25). The development and validation of the Comprehensive assessment of Acceptance and Commitment Therapy processes (CompACT). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5, 134-145.
- Grayson, J. (2014). *freedom from obsessive compulsive disorder*. New York: Berkley books.
- Hantouche, E., & Trybou, V. (2011). *TOC vivre avec et s'en libérer (Vol. 2)*. Paris: Edition J.lyon.
- Harris, R. (2008). *the happiness trap*. USA: Trumpeter Boulder.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple :an easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. Oakland, California, USA: new harbinger publications.
- Harris, R. (2016). *the single most powerful technique for extreme fusion*. Retrieved from im learning ACT: www.ImLearningACT.com
- Harris, R. (2017). *ACT for adolescent*. Retrieved from www.ImLearningACT.com
- Harris, R. (2017). *Passez à l'ACT (pratique de la therapie d'acceptation et d'engagement*. Belgique: Deboeck.

- Harris, R. (2018). ACT questions & answers. Oakland: context press .
- Harris, R. (2019). ACT made simple -second edition. Oakland: New harbinger publications.
- Hayes , S., & Smith , S. (2005). Get out of your mind &into your life;the new acceptance &commitment therapy. Oakland, California, USA: new harbinger publications.
- Hayes, S. (1987). A contextual approach to therapeutic change. *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives*, 327-387.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. (2018, 03 01). ACBS association for contextual behavioral science. Retrieved from <https://contextualscience.org/>
- Hayes, S. C. (2019). A liberated mind:how to pivot tovars what mater. New York, USA: Aviry.
- Hayes, S. C. (2019, 06 11). ACBS Association for Contextual Behavioral Science. Retrieved from <https://contextualscience.org/>
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, pp. 1-25.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model,processes and outcomes. *behavior research and therapy*, 44, 1-25.
- Herberg, K., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., Crede, M., Earleywine, M., & Eifert, G. H. (2012). The Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire (BAFT): A Psychometric Evaluation of Cognitive Fusion in a Nonclinical and Highly Anxious Community Sample. *Psychological Assessment*.
- Hershfield, J., & Corboy, T. (2013). *The mindfulness workbook for OCD*. Oakland, California, USA: New harbinger publications.
- Hershfield, J., & Corboy, T. (2013). *The mindfulness Workbook For OCD*. United States Of America: New harbinger publications.
- Harris , R., & Aisbett, B. (2014). *The illustrated Happiness Trap*. Boston: Shambhala.

- Hyman, B. M., & Pedrick, C. (2010). The OCD workbook (Vol. 3). United States Of America.: New harbinger publications.
- Koons, C. (2016). the mindfulness solution for intense emotions ;take control of borderline personality disorder with DBT. Oakland, California, USA: New harbinger publications.
- koons, C. R. (2016). the mindfulness solutions for intense emotions:take control of borderline personality disorder with DBT. Oacland: New harbinger publications.
- Koran, L. M., Hanna, G. L., Hollander, E., Nestadt , G., & Simpsom, H. B. (2007). traitment of patient with obsessive compulsive disorder. American psychiatry association.
- Lamagnere, F. (2016). Toc ou pas Toc. Paris: Odile Jacob.
- Long, D. M., & Hayes, S. C. (2014). Acceptance, mindfulness, and cognitive reappraisal as longitudinal predictors of depression and quality of life in educators. Journal of Contextual Behavioral Science, 3, 38-44.
- Luoma , J., Hayes, S., & Walser , R. (2007). Learning ACT;an acceptance and commitment therapy skills training manual for therapist. Oakland, California, USA: new harbinger publications.
- March, J. S., & Benton, C. M. (2007). talking back to OCD. New York: the Guilford press.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Twohig, M. P., Drossel, C., Lillis, J., & Washio, Y. (2009). A parametric study of cognitive defusion and the believability and discomfort of negative self-relevant thoughts. Behavior Modification, 33, 250-262.
- McCormack, S. (n.d.). The Cold Shower - Willingness/Making room for discomfort. Retrieved from Association for Contextual Behavioral Science: <https://contextualscience.org>
- Neff, K. D. (2003). ,the development and validation of a scale to measure self compassion, self and Identity. Psychology press, 2, 223-250.
- Neff, K., & Tirch, D. (2013). Self-Compassion and ACT. Retrieved 2 2018, from Mindfulness & Acceptance for Positive Psychology: https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/Chap4_Mindfulness-Acceptance-and-Positive-Psychology_11.06.pdf
- Neveu, C. (2017, 10 02). Résultats de recherche Résultat Web avec des liens annexes Association for Contextual Behavioral Science. Retrieved from <https://contextualscience.org/>

- Polk, K., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. (2016). *The essential guide to the ACT Matrix ;a step-by-step approach to using the ACT Matrix model in clinical practice.* Oakland, California, USA: new harbinger publications.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (2005). *Overcoming Obsessive Thoughts.* United States Of America: New harbinger publications.
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy versus Traditional Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis of Current Empirical Evidence. *international Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12(2), 333-357.
- Russell, H. (2006). Embracing Your Demons: an Overview of Acceptance and Commitment Therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12(4).
- Sauteraud, A. (2002). *je ne peux pas m'arrêter de laver vérifier.* Paris: Odile Jacob.
- Schoendorff, B., Grand, J., & Bolduc, M.-F. (2017). *la thérapie d'acceptation et d'engagement (Vol. 1).* Bruxelles: Deboeck.
- Schwartz, J. M., & Beyette, B. (2016). *Brain lock.* United States Of America: Harper perennial.
- Sez nec, J. C. (2015). *ACT:applications therapeutiques.* Paris: Dunod.
- Shields, C. (2017, 10 05). *ACT Made Lyrical.* Retrieved from actmadelyrical.com
- Shimoda, Y., Ishizu, K., & Ohtsuki, T. (2018, October). The reciprocal relations between experiential avoidance and social anxiety among early adolescents: A prospective cohort study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10, 115-119.
- Sismore, T. A. (2010). *Free from OCD .* United States Of A merica: New harbinger [ublications.
- Sperber, A., Devellis, R., & Boehlecke, B. (1994). Cross-cultural translation: Methodology and validation. *J. Cross. Cult. Psychol*, 25, 501-524.
- Stoddard, J. A., & Afari, N. (2014). *The Big Book of ACT Metaphors.* Oakland, California, USA: New harbinger publications.
- Taylor, C. J. (2016). *OCD A workbook for clinicians ,children &teens.* PESI Publishing & media.
- Twohig, M. (2008). *the application of acceptance and commitment therapy to obsessive compulsive disorder. cognitive and behavior practice.*
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. B., Bluett, E. J., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., . . . Smith, B. M. (2015). *Exposure therapy for OCD from an acceptance and*

- commitment therapy (ACT) framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006, 04 01). Increasing Willingness to Experience Obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior therapy*, 37(1), 3-13.
- Twohig, M. P., Vilardaga, J. P., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4, 196-202.
- Twohig, M., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 705-716.
- Vakili, Y., & Gharraee, B. (2014). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Treating a Case of Obsessive Compulsive Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry*, 9(2), 115-117.
- Vakili, Y., Gharaee, B., & Habibi, M. (2015). Acceptance and Commitment Therapy, Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, and Their Combination in the Improvement of Obsessive-Compulsive Symptoms and Experiential Avoidance in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *Iran Journal of Psychiatry Behavioral Sciences*, 9(2).
- Wetterneck, C. T., Lee, E. B., Smith, A. H., & Hart, J. M. (2013). Courage, self-compassion, and values in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2, 68-73.
- Wetterneecha, C. T., Leeb, E. B., Smith, A. H., & Hartd, J. M. (2013). Courage, self-compassion, and values in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 68-73.
- Wilson, K. G. (2009). *mindfulness for two: an acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Wise, E. A. (2004). , *Methods for Analyzing Psychotherapy Outcomes: A Review of Clinical Significance, Reliable Change, and Recommendations for Future Directions*. *journal of personality assessment*, 82(1), 50-59.

الملاحق

ملحق رقم -1-

جلسات البرنامج العلاجي للوسواس القهري

العلاج بالتقبل والالتزام : Acceptance and commitment therapy (ACT)

1- البرنامج العلاجي للوسواس القهري:

تضمن البرنامج العلاجي بروتوكول عام لـ 12 جلسة علاجية، بمعدل جلسة واحدة كل أسبوع، لمدة 50 دقيقة من العلاج بالتقبل والالتزام. يمكن تكييف البرنامج العلاجي حسب متطلبات الحالة، كما يمكن إضافة تمارين تدعم تمارين البرنامج وتكون في نفس السياق.

1-1- الجلسة الأولى: تتضمن هذا الجلسة الخطوات التالية:

- التقديم.
- شرح حدود السرية.
- الموافقة المستنيرة.
- التعاقد على مدة العلاج.
- بناء العلاقة العلاجية.
- التقويم العام للوسواس القهري.
- مقدمة عن اليأس الابداعي.
- الفرق بين الفكرة الوسواسية والسلوك القهري.
- تمرين بين الجلستين: الملاحظة الذاتية للوسواس القهري.
- الثمن المدفوع بسبب الوسواس القهري.

إعداد الطالبة الباحثة: إيمان بوقفة

1-1-1- التقديم: يجب التأكد من أن المريض واع ويفهم تماما ما سنقوم به، وأنه سيخضع لـ 12 جلسة علاجية متتابعة من العلاج بالتقبل والالتزام، وأن الجلسات ستكون بشكل أسبوعي مرة كل أسبوع في نفس اليوم ونفس الساعة. والعميل مطالب بالحضور كل الجلسات، وفي حال سيتأخر أو سيلغي الجلسة لا بد له من إبلاغ المعالج ليتم ترتيب جلسة في أقرب وقت، وذلك لضمان استمرارية العلاج وحسن النتائج. كما لا بد للمعالج أن يكون متأكدا من امتلاكه لرقم هاتف العميل للتواصل معه عند الحاجة، والتأكد من عمل تقويم للعميل قبل بدأ البرنامج العلاجي ومن ثم القيام بجلسات للمتابعة، مع حرصه على الإجابة عن كل أسئلة العميل المتعلقة بالعملية العلاجية.

1-1-2- حدود السرية: يتوجب على المعالج أن يوضح للعميل أن كل ما سيحصل داخل الجلسة العلاجية يتسم بالسرية التامة، ولن يتم الاطلاع عليه إلا من طرف المختصين لعلاج الحالة. إلا أنه من الممكن لهذه السرية أن تخرق في حالة افصاح العميل صراحة أو بصفة مستترة عن وجود نية في إيذاء ذاته أو غيره.

1-1-3- الموافقة المستنيرة: أي علاج نفسي للوسواس القهري سيكون أمرا صعبا، وبالتالي فهناك احتمال من أن العميل سيشعر بالخوف من مواجهة مخاوفه ويتردد في الانخراط في العملية العلاجية، ولتفادي فقدان المريض وبناء العملية العلاجية، لا بد من ابلاغ المريض عما يحتويه العلاج. والصياغة الحالية بإمكانها مساعدة المعالج، ومن الضروري أن نشرح له ماذا سيحدث خلال العملية العلاجية وذلك من خلال طريقتين:

الأولى: تتمثل في محاولة تغيير ما تشعر به وطريقتك في التفكير، وأنا متأكد أنك حاولت طرق متعددة لتغيير تفكيرك أو للتخلص من مشاعرك السلبية. وكونك هنا يعني أن الطرق السابق استخدامها لم تنجح تماما معك.

الثانية: فأنا اليوم أقدم لك أسلوبا مختلفا يمكن أن يكون صعبا وقد يشعرك بالحيرة، ليس بإمكانني أن أشرح لك كل شيء اليوم عن العلاج، لكن من الممكن أن تفهم وتتعلم من خلال جلسات العلاج نفسها. ويمكن القول أنه بدلا من مساعدتك على ربح المعركة التي أدخلت نفسك فيها والتي هي أصلا ليست بمعركتك، سيكون من الأبسط والأصح أن أساعدك على الخروج من هذه المعركة. وسيركز العلاج على الأشياء التي تدفعك للاستمرار في هذه المعركة، وسيحاول تغيير هذه الأشياء. إن هذا العمل هو عمل أساسي كونه يحدد العلاقة بيني وبينك، خبراتك، معاشك الداخلي، مشاعرك، أفكارك وذكرياتك.

إذا أبدى العميل الرغبة في العلاج نقدم له التحذير التالي:

"كما أخبرتك من قبل سيتم التعرض لأسئلة أساسية من معاشك النفسي، ويمكن لبعض الأسئلة أن تكون غير متوقعة وصادمة لك. اعلم أن خبرتي مع هذا العلاج علمتني أنه قد تشعر و كأنك تتسلق جبل مليء بالصخور، وهناك العديد من الانفعالات التي قد تطفو على السطح: كالضجر، الضيق، القلق، الخوف، والارتباك وغيرها. وكأننا بصدد تنظيف كوب مملوء حيث أسفل الكأس كله وسخ ومملوء بالتراب ومن فوق يوجد الماء، وعليه لا يمكن تنظيف الكاس من غير القيام بخلط ما بداخله. وعملية الخلط هذه قد توحى من الوهلة الأولى أن الأمور مختلطة، ولكن بمجرد افرغ الكأس وملئه من جديد وخلطه وتفرغ الماء، يصبح الكأس في النهاية نظيفا والماء صافيا. وهذا عادة ما يحصل خلال العملية العلاجية حيث تطفو الأحاسيس والمشاعر السلبية، و تشعر أن الأمور تسوء ولكن بمجرد التفرغ تتضح الأمور.

1-1-4-التعاقد على فترة العلاج: عادة ما يكون علاج الوسواس القهري أمر صعب بالنسبة لبعض

المرضى، ونتائج العلاج لا تظهر من الجلسات الأولى بل التحسن يكون خلال جلسات العلاج. وهذا يستلزم إعلام المفحوص بذلك، وتوضيح أن عليه إعطاء نفسه الفرصة الكافية للحكم على مدى نجاح

العلاج. كما لا بد من التوضيح له أن العملية العلاجية أمر ليس بالهين، وأن المعالج لا يملك عصا سحرية، وليس بإمكانه تغيير حياة العميل بطريقة سحرية. لكن الانضباط على جلسات العلاج والاستمرار فيه، يمنح العميل القدرة على تقبل الأعراض وكيفية التعامل معها.

ويستحسن أخذ موافقة خطية من العميل بالالتزام بالجلسات العلاجية - أي 12 جلسة علاجية- وذلك بمعدل جلسة واحدة كل أسبوع (من الممكن أن تزيد جلسات العلاج عن 12 وذلك حسب الحالة).

-1-1-5- بناء العلاقة العلاجية: بالإضافة إلى جمع المعلومات الضرورية والمتعلقة بالحالة، على المعالج أن يظهر للمتعالج التفهم، والدفء، والتعاطف، والشعور بالتقبل. ومن الضروري أن يتبادل المعالج والمعالج الاحترام والثقة. من المؤكد أن العميل قبل وصوله إلى مكتب المعالج قد جرب طرقاً عديدة ومختلفة للتعامل مع صعوباته أو التحكم فيها، كما أن هناك احتمالاً كبيراً أنه عانى من معاناة نفسية كبيرة، وهذه المعاناة هي سبب قدومه لطلب المساعدة. ونظراً لذلك لا بد للمعالج أن يكون فكرة ملمة بهذه المعاناة، وكم استمرت ومختلف الطرق والوسائل التي تم اتباعها للتخلص من الحالة، وهل خضع العميل للعلاج النفسي من قبل أم إنها أول تجربة. ويمكن تقديم ما سبق على النحو التالي:

"من المؤكد أنني لم أعش نفس الخبرات التي عشتها، ولكن ستساعدني كثيراً في مرافقتك في العلاج إذا تمكنت من أخذ صورة واضحة عن الطرق المختلفة المستخدمة من طرفك في عملية مواجهة المشكلة، لأن هذا معاشك الداخلي وأنت الذي تشعر به. ولا أدعي معرفة كل الأمور المتعلقة بعملية المواجهة التي تعيشها من الداخل، ولكن من خلال خبرتي وتعاملي مع الحالات مثل حالتك، يمكنني معرفة العديد من المشاعر التي تتعرض لها مثل: الخوف، القلق، والضيق وغيرها".

"مهمتي كمعالج هي مساعدة الأشخاص الذين وجدوا أنفسهم محاصرين بسبب صراعاتهم الداخلية وتحريرهم من هذه الصراعات، لئتمكنا من التقدم نحو أهدافهم، وكيفية تطبيق هذا الأسلوب

العلاجي على معاشك الخاص. ومن خلال هذا العلاج ستصبح خبيراً بجل مشاكلك بعد اكتسابك المهارات اللازمة لذلك".

----- استعارة الجبلين -----

تخيل نفسك بصدد تسلق جبل صعب جداً ومليء بالصخور ومخيف، لا يمكنني أن أكون معك بنفس المستوى للتسلق معاً، لأنه يحتمل أن يفاجئنا أي شيء، لا أنت بإمكانك رؤيته ولا أنا، ولكن بإمكانني أن أكون من الناحية المقابلة على قمة جبلي، ومن هناك بإمكانني توجيهك: "خذ يمين، لا سر يسار، الطريق مسدود....." لكن في النهاية من الذي سيتسلق الجبل؟

وهنا يمكن التوضيح للعميل أحد الأهداف الأساسية للعلاج هو الاعتماد على النفس وتحمل المسؤولية، وأن دور المعالج توجيهي فقط. كما أنه بمرور الوقت واكتساب مهارات معينة، لن يكون بحاجة لأي دعم كونه قادراً على التعامل مع مختلف الضغوط والتكيف مع محيطه. أي أن العلاج بالتقبل والالتزام لا يشجع نهائياً الاعتمادية النفسية.

1-1-6- التقييم العام للوسواس القهري:

الهدف من التقييم العام للوسواس القهري هو تقييم شكل وسواس العميل، وهذا البرنامج العلاجي مكيف على كل أنواع الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية.

- اطلب من العميل وصف أفكاره الوسواسية وسلوكاته القهرية ومعرفة منذ متى صارت هذه الأفكار والسلوكات مشكلة فعلية بالنسبة له.

- ماهي أنواع العلاجات التي تلقاها من قبل؟ هل كانت هناك فترة تخلص فيها من المعاناة من الوسواس؟

- ماهي الوضعيات التي يخضع فيها أكثر للسلوكات القهرية؟ وماهي أكثر الوضعيات التي تستثير الوسواس لديه؟

- لماذا يرغب في العلاج؟ وكيف ستساعد عملية التحكم في الوسواس في تحسين حياته؟

تنتهي مرحلة التقويم من خلال طرح بعض الأسئلة تتعلق بالوسواس، ومختلف الوسائل التي يستخدمها العميل للتخلص أو التخفيف من الوسواس. يمكن أن يكون لدى العميل العديد من الوسواس كالعد، المراقبة، الغسيل، الترتيب. كما يمكن أن يقوم بالعديد من السلوكات كالتجنب، وإخفاء الأشياء والتخلص منها، أفكار سحرية، سلوكات مختلفة تطمئنه كالاتصال بأفراد العائلة ليتأكد من سلامتهم، وتقادي المواقف التي تنتشط الوسواس.

كما على المعالج أن يأخذ فكرة عن مختلف الأشياء التي يقوم بها العميل للتخلص من الوسواس عند ظهورها.

- ثم نقوم بتطبيق اختبار الوسواس القهري.

1-1-7- مقدمة عن اليأس الابداعي:

هذه المرحلة من العلاج تبدأ بالتعرف على فئة السلوكات التي تم اللجوء إليها من طرف العميل، والتي كان هدفها الأساسي تجنب أو إلغاء الفكرة الوسواسية أو الشعور بالقلق المصاحب للوسواس. وهنا يساعد المعالج العميل على تحديد مختلف الأشياء التي قام بها لخفض الوسواس أو تجنبه، وكذلك تقييم مدى فعالية هذه الاستراتيجيات، وما هي الأشياء التي يبحث عنها كل من المعالج والمتعالج وهل هي طرق فعالة على المدى البعيد.

إن العديد من الطرق المتبعة من طرف العملاء بإمكانها خفض الأفكار الوسواسية بشكل فوري-كالقيام بالسلوكات القهرية- ولكنها ليست طرق فعالة على المدى البعيد، لأن الوسواس تعاود الظهور بعد ذلك.

وهذه السلوكات الهروبية /التجنبية تتمثل في: تجنب بعض المواقف، طرق مختلفة للحديث الداخلي، تطمين الذات، اللجوء للأدوية (المشروعة وغير المشروعة)، والعديد من السلوكات الأخرى. الهدف من هذه المرحلة هي مساعدة العميل للدخول في عملية إتصال بمدى فعالية السلوكات التي يقوم بها لخفض أو التحكم في الوسواس. فمن المحتمل أن كل السلوكات الهروبية أو التجنبية لم تكن فعالة على المدى البعيد، ولو أنها كانت كذلك ما كان ليطلب المساعدة ويحضر جلسات العلاج.

على المعالج أن يكون حذرا في هذه المرحلة من العلاج، لكي لا يشعر العميل أن المعالج يؤنبه لما قام به، بل عليه أن يساعده على ملاحظة هذه السلوكات، وأن ما يقوم به هو رد فعل في وضعيات غير مريحة.

إن هذه المرحلة مهمة جدا في علاج الوسواس القهري، ويمكن تخصيص جزء كبير من الوقت لهذه المرحلة من العلاج. وعلى المعالج أن لا ينتقل إلي أي شيء آخر إلا بعد تأكده أن العميل صار واعيا تماما بعدم فعالية الاستراتيجيات المتبعة من قبله للتحكم أو التجنب أو الهروب من الوسواس. ويتم ذلك بشكل تدريجي، حيث يتطرق المعالج لعدم فعالية السلوكيات التي يقوم بها العميل بشكل سطحي في أول جلسة، ولكنه يتعمق فيها في الجلسات اللاحقة في جزئية اليأس الابداعي .

1-1-8- الفرق بين الفكرة الوسواسية والسلوك القهري: خلال هذه المرحلة من العلاج سيحاول العديد من العملاء شرح مختلف الطرق والوسائل التي يستخدمونها للتحكم والسيطرة على السلوك القهري وليس على الفكرة الوسواسية. وفكرة حضور الفكرة الوسواسية والسلوك القهري لا يتزامن بالضرورة، وهو أمر غير واضح لدى العملاء. وهي من أهم الأمور التي يجب أن يفهما العميل، أي أن الفكرة الوسواسية ليس من الضروري أن يصاحبها السلوك القهري، فهما ليسا بالضرورة مرتبطين.

مثال:

العميل: أحاول إلهاء نفسي لكي لا أغسل.

المعالجة: هل أنت تلهي نفسك لكي لا تغسل، أم أنك تهرب من فكرة أن يديك متسخة وبها جراثيم.

العميل: لم أفهم ماذا تقصد؟!

المعالجة: ما أحاول فهمه الآن، إلى أي درجة بإمكانك التحكم في رغبة التنظيف. تخيل أنك في مكان

لا يوجد به ماء، ماذا ستفعل؟ أم أنني جئت إلى منزلك ومنعتك من غسل يديك، إلى أي درجة ستتحمل

ذلك، وماذا ستفعل؟

العميل: لم أفكر في الموضوع أبدا.

المعالجة: عادة تأتي الفكرة الوسواسية والسلوك القهري متزامنان، لدرجة أننا لا ننتبه أنهما شيئا

مختلفان تماما. مثلا سأطلب منك غسل يديك حالا ولعدة مرات كما تعودت أن تفعل.

- "ذهبت المعالجة برفقة العميل إلى دورة المياه وبدأ بغسل يديه بنفس الطريقة"

العميل: لا أشعر بالرغبة في الغسيل، الأمر مضحك.

المعالجة: أفهم منك أنك لا تملك الرغبة في الغسيل؟! بالرغم من قيامك بالسلوك، وفي حالات كثيرة

تشعر بالرغبة في الغسيل، ولكنك تكون في موقف لا يسمح بذلك. هل هذا صحيح؟!

العميل: نعم صحيح.

المعالجة: وعليه فإن الرغبة في الغسيل وسلوك الغسيل ليس بالضرورة أن يتزامنا. يمكن أن يحدث

أحدهما دون حدوث الآخر.

1-1-9- تمرين بين الجلستين: لكي يتم التحضير لحمل ورقة متابعة الوسواس، يطلب المعالج من

العميل مراقبة الوسواس فقط ليومين، اليوم الأول من الأسبوع واليوم الأخير.

يأخذ المعالج وقته في تحضير سجل المراقبة وكيفية المراقبة بالنسبة للعميل، فيمكن أن يقترح المراقبة على طول ساعات اليوم وذلك كل ما ظهر الوسواس. كما يمكن أيضا تحديد حجم ساعي معين يكون فيه نشاط للوسواس، هنا المعالج بإمكانه أن يكون مرنا وذلك حسب حالة العميل.

كما يحاول المعالج أن يتأكد من أن الواجبات المقدمة للعميل لا تأخذ الطابع الوسواسي، فعادة مريض الوسواس يثقل كاهله بالأوامر مستخدما كلمة "لا بد"، "لا بد أن أنجح"، و "لا بد أن أتحكم في الحالة"، "لا بد أن أتخلص من الوسواس"، و "لا بد من أن أتأكد من كل شيء"، ولا بد، ولا بد...إلخ.

هنا يحاول المعالج أن يكسر هذه الحلقة وهو يقوم بتقديم الواجب المنزلي، لكي لا يدخل ضمن فئة "لا بد".

المعالجة: أتوقع أن دماغك يعطيك الكثير من الأوامر من صنف "لا بد".

لا بد أن أتخلص، ولا بد أن أتحكم، ولا بد أن أكون أقوى، ولا بد أن لا أخجل.....

العميل: آه نعم، وعندما أفشل أشعر بالإحباط.

المعالجة: كم يلزمك لكي تصبح حياتك أسهل؟؟

العميل: لا أدري ولكن أشعر أنه لا بد أن أتحكم في كل شيء.

المعالجة : ما رأيك أن نتفق فقط على أنك ستقوم بالواجب المنزلي، ولكن لك الحرية في عدم القيام

به. وبالتالي لا مكان لكلمة "لا بد"، "لا بد أن أقوم به"، وبالمقابل إذا لم تقم به تكون فقط واعي أنه

عندك واجب منزلي وقررت عدم القيام به، هل اتفقنا؟

العميل: حسنا سأحاول.

1-1-10- ماذا كلفني الوسواس: (اختياري ولكن يفضل القيام به) هذا التمرين مهم جدا لأنه

يساعد العميل على إدراك الثمن الذي دفعه بسبب الوسواس، وكيف لهذا الأخير أن يحد من مجال

تواصله بالعالم من حوله، ويستنزف الكثير من الوقت والجهد. أي كيفية تأثير الوسواس على حياة العميل عامة.

وتكون الصيغة كالتالي:

المعالجة: أطلب منك القيام بواجب منزلي، لكن التمرين اختياري يمكن أن تقوم به ويمكن أن لا تقوم به، ولكن بالمقابل إذا قمت به فهو يزيد من درجة الوعي لديك.

المطلوب منك وضع قائمة بكل الأشياء والمناسبات والوقت والجهد الذي ضاع منك بسبب الوسواس؛ أي كيف أثر الوسواس على حياتك اليومية والأسرية والاجتماعية والعملية وما هو الثمن المدفوع؟

1-2- الجلسة الثانية: (أجندة الجلسة)

- التقييم الوظيفي.
- مناقشة رأي العميل في الجلسة الماضية.
- مناقشة الواجب المنزلي.
- السلوك هو المشكلة.
- تقديم المصفوفة ومبدأها.
- تمرين التمييز
- استعارة البائع
- واجب منزلي (مراقبة الوسواس الأسبوع بأكمله، تطبيق التمييز)

1-2-1- التقويم الوظيفي: قبل البدء في التقويم الوظيفي يتم تقديم اختبار المرونة النفسية وتقبل

المرض لدى العميل، للتمكن من معرفة درجة المرونة لديه ومدى تقبله للحالة التي يعاني منها.

وعلى المعالج أن يتحقق كيف كان أسبوع العميل، تحديد الضغوطات الخارجية التي ظهرت خلال هذا الأسبوع، كصعوبات في العمل أو مشاكل أسرية، والتي لا تعتبر هدفا علاجيا مباشرا وذلك لمساعدة العميل للتعامل معها، لأنها تؤثر على حالته بطريقة غير مباشرة. كما يجب التحقق من قدر الوسواس والسلوكيات القهرية التي ظهرت خلال هذا الأسبوع، وأي شيء آخر ظهر خارج الجلسة العلاجية.

1-2-2- مناقشة رأي العميل في الجلسة الماضية: هنا يطلب المعالج من العميل رأيه في الجلسة

الماضية، وإن كانت لديه ردة فعل فيما يخصها. وهذا يفتح له المجال لطرح الأسئلة، أو أن يتقاسم مع المعالج خبرات وأحاسيس كان يشعر بها خلال الجلسة العلاجية.

ومهما كانت ردة فعل العميل للجلسة الماضية فهي جيدة، وذلك لأنه في بعض الحالات يكون العلاج واضحا بالنسبة لبعض المرضى، إلا أنه يتسم بالغموض والضبابية بالنسبة للبعض الآخر. فيتوجب على المعالج أن لا يحاول نهائيا تبرير ما يقوم به، بل يوضح للعميل أن له الحرية التامة في الموافقة أو رفض العلاج بصفة عامة، أو أي جزء من أجزاء العلاج. يمكن توضيح ذلك على النحو التالي:

المعالجة: خلال جلسات العلاج النفسي سنتقاسم العديد من الخبرات والمشاعر مقابل الحصول على خبرتك، وأشاطرك كذلك خبراتي وردود أفعالي في مواقف مشابهة. كما أريدك أن تعرف أنني سأستخدم وسائل علاجية وتمارين بحكم خبرتي أراها تنفعك في حالتك، ولكن لك الحرية التامة في عدم الموافقة على أي تمرين من التمارين، وسنحاول سويا تكييفه على حالتك أو استبداله بتمرين آخر.

- كما أنتهز الفرصة لأناقش نقطة مهمة جدا بالنسبة لي كعلاجية وهي مهمة كذلك بالنسبة لك، وهي وضوح الأهداف. فلا بد أن يكون هناك توافق بين هدفي كعلاجية وهدفك كمتعالج، وهو الوصول بك إلى حالة من التكيف. بناءا عليه فلك الحرية التامة بأن تضغط زر التوقف إذا أحسنا أن لكلينا أهداف مختلفة، أو أن هناك تضاد وتصادم في الأفكار.

1-2-3- مناقشة الواجب المنزلي: في حالة عدم قيام العميل بالواجب المنزلي، على المعالج أن يطلب من العميل مشاركة الأسباب التي منعته من القيام به. والهدف هو مساعدته على تحديد الأسباب التي منعته من القيام بذلك، وعادة تكون نفسها التي تمنعه من عيش خبرة الوسواس القهري، ومحاولة الهروب منها من خلال السلوكات القهرية، وسيكون الأمر أسهل بعد تقديم المصنوفة خلال هذه الجلسة العلاجية. فيمكن أن يختلف السبب من حالة إلى أخرى، مثلا من الممكن أنه لم يتم بالواجب لأن إقدامه عليه يحفز لديه مشاعر وأحاسيس قوية يخاف منها، وممكن أن يكون ذلك بسبب قلة الوقت، أو أنه لم يرغب بالقيام به.

كل ما سبق ذكره هو عبارة عن أبعاد أو عوامل هروبية، وبالتالي من الضروري التوضيح للعميل أن السبب وراء عدم قيامه بالواجب المنزلي هو خوفه من مواجهة أفكار ومشاعر وأحاسيس مؤلمة بالنسبة له، وهو نفس الأمر الذي يحدث معه عند ظهور الوسواس والصراع الناتج عن الرغبة في القيام بالسلوك القهري. ولا يجب أن يشعر العميل أن المعالج يوبخه لأنه لم يتم بالواجب المنزلي، بل الهدف هو أن نمكّنه من الإطلاع على جانب من أفكاره، وكيفية تقاؤها من خلال سلوكات تجنبية لزيادة الوعي لديه.

بالنسبة لتمرين مراقبة الوسواس يراجع المعالج مع العميل ورقة المراقبة وكيف تمت عملية المراقبة وكيف كان شعوره وهو يراقب الوسواس.

- يبدأ المعالج النفسي بالتعمق أكثر في فكرة اليأس الابداعي، ويمكن أن يوضح ذلك من خلال تمرين "السلوك هو المشكلة".

1-2-4- السلوك هو المشكلة: هنا تقوم المعالجة برسم ثلاث خانات، تدون في الأولى المعطيات والتي تمثل كل الأفكار والمشاعر والأحاسيس الجسدية السلبية، أما في الخانة الثانية تدون السلوكيات، والثالثة تدون النتيجة ومن ثم ترتب بعض المعطيات وتحديد السلوكيات المعتادة. وتساءل العميل ما إن كانت سلوكياته تمكنه من التخلص من المعطيات، أو أنه بصدد الوصول إلى نفس النتيجة ومن ثم نقوم بسؤاله بالشكل التالي:

المعالجة : هل تتوقع أن المشكلة في المعطيات أم في السلوكيات؟

العميل: في المعطيات

هنا تقوم المعالجة بالتوضيح له أنه مخطئ في ذلك باستخدام "استعارة السيارة"

المعالجة: تخيل أنك بصدد سيطرة سيارة وأثناء القيادة اشتعل مصباح أحمر في شاشة السيارة، فهل

هذا المصباح هو المشكلة أم أن ذلك ينبئ بوجود مشكلة بالسيارة؟

العميل: بل دليل على وجود مشكلة.

المعالجة: هكذا هو الخوف والقلق والتوتر والتردد والحزن كلها مشاعر عبارة عن معطيات، وهي تعني

إن هناك مشكلة وليست هي المشكلة بحد ذاتها، وبالتالي المشكلة بالسلوكيات وعندما نغير السلوكيات

تتغير النتائج.

الآن أريد منك أن تتخيل أنك قمت بحجب المصباح بيدك لكي لا تراه، فهل وصلت لحلّ

المشكلة؟

العميل : لا

المعالجة : هكذا يلجأ بعض العملاء للتخلص من الأعراض، إما عن طريق الهروب أو إخفائها بمواد مختلفة كالمهدئات ولكن المشكلة مستمرة.

أما إذا أخذت السيارة عند الميكانيكي وأخبرك أنه أصلحها، ولكن عندما قمت بتشغيل المحرك وجدت أن المصباح الأحمر لا زال موجودا هذا يعني أنه لم يصلح المشكلة. وبناءا عليه فإن الأعراض ليست المشكلة وإنما هي تخبرنا بوجود مشكلة معينة.

وهنا يقدم المعالج المصفوفة والتي من خلالها نتعمق أكثر في فكرة اليأس الابداعي، والتي تعتبر خطوة جد مهمة بالنسبة للشخص الذي يعاني من الوسواس القهري، كون هذا الأخير يلجأ لكل تلك السلوكيات القهرية من أجل التحكم و السيطرة في أفكاره الوسواسية.

1-2-4- تقديم المصفوفة ومبدأها: يقوم المعالج بتقديم المصفوفة على أنها وسيلة تساعدنا في تتبع أفكار ومشاعر العميل وأحاسيسه الجسدية السلبية، وكذا ردود أفعاله التي يقوم بها العميل في محاولته الهروب أو التحكم أو السيطرة على هذه العناصر السلبية. وفي هذه المرحلة من العلاج يشرح المعالج للعميل أن أول إدراك لنا للعالم الخارجي يكون من خلال حواسنا الخمسة، أي أن الإنسان عند ولادته يدرك العالم من خلال حواسه، وعندما تتكون اللغة لديه يصبح قادرا على التعامل مع العالم الخارجي من خلال القدرة العقلية، ولكن في بعض الحالات يكون تداخل بين الخبرتين حيث يصبح الشخص يتعامل مع الخبرات العقلية على أنها واقع موجود.

1-2-5- تمرين التمييز: يقوم المعالج بتقديم تمرين "خبرة القلم" كالاتي:

يقدم للعميل قلم ويطلب منه ما يلي:

المعالجة: سنبدأ بتمرين سيساعدك على فهم الفرق بين الخبرة الحسية والخبرة العقلية، وكيف أن هناك تداخل بينهما، خذ هذا القلم.

العميل: حسنا.

المعالجة: أمسك هذا القلم حاول أن تلمسه بيدك، الآن ركز في شكله ولونه، حاول الآن أن تشم رائحته، الآن اضرب بالقلم على المكتب وحاول التركيز على صوت القلم.

العميل: يقوم بكل ما طلب منه.

المعالجة: شكرا، حسنا أعطيني القلم. والآن حاول أن تغمض عينيك، وحاول أن تتخيل شكل القلم، لونه، ملمسه، رائحته، وحاول الآن أن تسمع صوته وهو يدق على المكتب.

ممتاز، افتح عينيك هل تمكنت من تخيل شكل القلم، لونه، ملمسه، رائحته، وصوته.

العميل: نعم.

المعالجة: هل شعرت أن هناك فرق بين الخبرة العقلية والخبرة الحسية.

العميل: لا تتشابه

المعالجة: حسنا الآن سنقوم بالتمرين ولكن بشكل عكسي، سنبدأ بالخبرة العقلية ثم ننتقل إلى الخبرة الحسية.

أغمض عينيك مرة أخرى، تخيل أنك تنزع الحذاء من رجلك، تقربه ناحية وجهك، إقلبه من الناحية التي نمشي عليها، أخرج لسانك وقم بلحسه.

هل تمكنت من القيام بذلك؟

العميل: نعم.

المعالجة: افتح عينيك. والآن انزع الحذاء من رجلك، قربه ناحية وجهك أقلبه من الناحية التي نمشي عليها والحسه.

العميل: لا مستحيل.

المعالجة: لماذا مستحيل؟!

العميل: لأنه متسخ؟

المعالجة: ولكنك قمت بذلك على مستوى الخيال.

العميل: ولكن هذا واقع ولا يمكنني عمل ذلك.

المعالجة: وهذا ما يحصل معنا نتعامل مع الخيال على أنه واقع موجود، أفكارنا ومشاعرنا السلبية هي أشياء متواجدة على مستوى الخيال ليست بالضرورة واقع موجود.

وهنا يقوم المعالج بتقديم تمرين التمييز بين الخبرة العقلية والخبرة الحسية، حيث يأخذ بطاقتين ويكتب على واحدة خبرة عقلية والثانية خبرة حسية. ويطلب من العميل أن يغمض عينيه ويركز في المحيط من حوله، ويحاول التمييز بين الخبرات المنقولة عبر الحواس، والخبرة الصادرة عن الخيال وذلك لمدة دقيقة. كما يؤكد على العميل ضرورة القيام بنفس التمرين دقيقة كل يوم، لكي تزيد قدرة التمييز بين الخبرة العقلية والخبرة الحسية لديه.

بعد تقديم تمرين التمييز بين الخبرة العقلية والخبرة الحسية، يقوم المعالج بنقل العميل بشكل مرن إلى فكرة مفادها أننا نتعامل مع الخيال على أنه واقع دون التأكد من كونه شيء صادر عن الخيال، أو خبرة واقعية نستقبلها عن طريق الحواس وهنا يتم تقديم استعارة البائع.

1-2-6- استعارة البائع: من خلال هذه الاستعارة يفهم المريض أن دماغه أو خياله يملئ عليه العديد من الأشياء، وهو يصدقها ويأخذها بشكل جدي ولكن في النهاية العميل هو الذي يدفع الثمن. تقدم استعارة البائع كالاتي:

المعالجة: هل تعلم أن دماغنا بائع متمكن جدا؟

العميل: كيف؟

المعالجة: تخيل أنك جالس ببيتك، ودق على بابك بائع متمكن ويحمل معه كم كبير من السلع. وقمت أنت بشراء كل السلعة، من الذي سيدفع ثمن كل السلعة التي قمت بشرائها؟

العميل: أنا

المعالجة: من الذي أخبرك أنك تحتاج كل هذه الأشياء أو السلع.

العميل: البائع

المعالجة: البائع لم يغصبك على أي شيء، هو عرض سلعته وأنت اشتريته.

العميل: أنا.

المعالجة: أجل دماغك أخبرك أنك تحتاجها.

العميل: صح.

المعالجة: وأنت دفعت الثمن، هكذا يكون دماغنا يبيع لنا أشياء كثيرة، "أنت غبي، أنت مكروه، لن تستطيع القيام بهذا العمل، لن تتخلص من هذه الحالة، لا أمل من الحياة،...لو أنت اشتريت هذه الأفكار من الذي سيدفع الثمن!؟

العميل: أنا سأدفع

المعالجة: وهل أنت مستعد أن تدفع الثمن؟

العميل: لا

المعالجة: ممتاز

وهنا ينهي المعالج الجلسة بسؤال العميل ما إن كان لديه أسئلة حول ما تم تقديمه، وإن وجد أي غموض على المعالج توضيح الأمور. كما يتم الاستماع للعميل في حالة رغبته بإضافة أي شيء أو طرح أسئلة فيما يخص الجلسة.

1-2-7- واجب منزلي (مراقبة الوسواس لأسبوع بأكمله، وتطبيق التمييز): يتم تقديم الواجب المنزلي للعميل: جدول مراقبة الوسواس وهذه المرة يقوم بمراقبة الوسواس لمدة أسبوع بأكمله، بالإضافة إلى تمرين التمييز.

1-3- الجلسة الثالثة: (أجندة الجلسة)

- التقييم الوظيفي.
- مناقشة رأي العميل في الجلسة الماضية.
- مناقشة الواجب المنزلي.
- ممارسة التحليل الوظيفي باستخدام المصفوفة.
- أثر المقاومة على المدى القريب والبعيد.
- أثر المقاومة على السلوكيات التي تقرينا مما هو مهم بالنسبة لنا في الحياة.
- استعارة الحفرة.
- كيف يتدعم الوسواس (تمرين رقم واحد مع الاسترخاء)

- استعارة الحمام البارد

- تمرين المراقبة بين الجلستين.

1-3-1-التقويم الوظيفي: على المعالج أن يعرف كيف كان أسبوع العميل، وتحديد الضغوطات الخارجية التي ظهرت خلال هذا الأسبوع، مثل: صعوبات في العمل أو مشاكل أسرية، والتي لا تعتبر هدفا علاجيا مباشرا وذلك لمساعدة العميل للتعامل معها لأنها تؤثر على حالته بطريقة غير مباشرة. كما يجب التحقق من قدر الوسواس والسلوكيات القهرية التي ظهرت خلال هذا الأسبوع، أو أي شيء آخر ظهر خارج الجلسة العلاجية.

1-3-2- مناقشة رأي العميل في الجلسة الماضية: هنا يطلب المعالج من العميل رأيه في الجلسة الماضية وإن كانت لديه ردود أفعال فيما يخصها. وهذا يفتح له المجال لطرح الأسئلة، وأن يشارك المعالج خبرات ومشاعر كان يشعر بها خلال الجلسة العلاجية. ومهما كانت ردة فعل العميل للجلسة الماضية فهي جيدة، وذلك لأنه في بعض الحالات العلاج يكون واضحا بالنسبة لبعض المرضى، ولكنه يتسم بالغموض والضبابية بالنسبة للبعض الآخر. على المعالج أن لا يحاول نهائيا تبرير ما يقوم به، ولا بد من ترك خبرة العميل مع العلاج هي التي تقود سلوكياته، لأن ردود أفعال العميل تسمح للمعالج بملاحظة الأمور الأكثر تأثيرا في العميل، وأي جزء يحتاج إلى اهتمام أكبر. كما يمكن أن يقول العميل أن عملية الملاحظة لا تنفعه في التعامل مع الوسواس، وهنا لا بد للمعالج أن يشرح له أن الملاحظة يمكن اعتبارها نوع من الرياضة "تمارين التمدد (stretching)"، كما يوضح له أنه خلال هذه الجلسة سيتم القيام بالتمدد باستخدام المصفوفة.

1-3-3-مناقشة الواجب المنزلي: ينبغي أن يتأكد المعالج أن العميل تمكن من القيام بتمرين التمييز، ومهما كانت إجابة العميل يقوم المعالج بالتمرين داخل الجلسة العلاجية وذلك لتقويم مدى

قدرته على التمييز من (1-10)، كما يطلب المعالج من العميل أن يتذكر موقف سلبي حدث له وكانت استجابته له بطريقة سلبية، ولموقف ثاني ولكن استجاب له بشكل إيجابي، كما يتم مراجعة واجب المراقبة وردود أفعال العميل للوسواس.

1-3-4- ممارسة التحليل الوظيفي باستخدام المصفوفة (اليأس الابداعي): يقوم المعالج في هذه المرحلة بالتطرق لاستراتيجيات التجنب التي يستخدمها العميل للهروب أو التحكم في الوسواس القهري بشكل معمق، وذلك باستخدام المصفوفة حيث يكون تقديمها بالشكل التالي:

المعالجة : سنحاول سويا خلال هذه الجلسة معرفة مختلف الطرق والوسائل التي تستخدمها للتخلص من الوسواس، (تضع المعالجة المصفوفة أمام العميل)، سبق وأن قدمت لك المصفوفة من قبل.

هذا "ماشأ" وهو يمثل كل الأفكار و المشاعر السلبية، والأحاسيس الجسدية التي لا تريد أن تشعر بها، أو تفكر فيها، وهروبا من "ماشأ" أنت تحاول القيام بسلوكات تعتبر ردود فعل للضغط الذي تشعر به. وخلال هذه الجلسة سنحاول تحديد ردود الفعل هذه، ومدى فعاليتها مع الوسواس على المدى القريب؛ كحل مؤقت ولحظي يخلصك منه، وكحل بعيد المدى يخلصك تماما من الوسواس. وهل تقربك هذه السلوكات من الأمور المهمة بالنسبة لك في الحياة أو تبعدك عنها؟

العميل : حسنا.

المعالجة: هنا يشرح المعالج للعميل أنه عندما نستشعر خطرا تم استقباله عن طريق حواسنا الخمسة، فإن السلوك الإنساني مثله مثل السلوك الحيواني يكون إما هروبا أو مواجهة، وباستخدام المصفوفة سنحاول معرفة مختلف السلوكيات التي تلجأ إليها للتخلص من الأفكار والمشاعر والأحاسيس الجسدية السلبية.

يبدأ المعالج في تدوين الأفكار الوسواسية والمشاعر السلبية للعميل، ويقوم بتدوينها في الناحية اليسرى السفلية للمصفوفة، ومن ثم يقوم بتسجيل ردود أفعاله لهذه الأفكار والمشاعر السلبية من الناحية اليسرى العلوية.

ومن ثم يشرح المعالج للمتعالج أنهما سيقومان بقياس مدى فعالية ردود فعله، وهل لها أن تخلصه من مختلف الأفكار والمشاعر والأحاسيس الجسدية السلبية، وذلك على المدى القريب وكذا على المدى البعيد، وفيما إذا كانت تقرب العميل مما هو مهم بالنسبة له.

حيث يمكن أن يستخدم المعالج العبارات التالية: (بعد أن قمنا بتدوين مختلف الأفكار والمشاعر السلبية، سنقوم سوياً بتحديد مدى فعاليتها، لكن أولاً أحتاج أن تفهم ما معنى حل قريب وبعيد المدى).

- في هذا المكتب أنا كمعالجة قررت إدخال بعض الألوان لأنني لاحظت أنه يغلب عليه اللون البني والأسود. اخترت اللون البرتقالي المشرق وقمت بطلب وسادات بهذا اللون. لأن له تأثير إيجابي على النفسية ويعطي طاقة ايجابية، وقد طلبتها عن طريق الإنترنت، لكن المشكلة لما تلقيتها كان لونها البرتقالي الباهت، وهو لون يعطي تأثير نفسي عكس ما كنت أتوقعه، أضف إلى ذلك أنني تلقيت بعض الانتقادات من طرف بعض الزملاء في المجال. وهذه مشكلة كبيرة بالنسبة لي فقررت التخلص من الوسادات ذات اللون الباهت، قمت بوضعها في مكتب زميلي. و نحن سوياً بالجلسة هل توجد وسادات لونها برتقالي باهت في الغرفة؟

العميل: لا

المعالجة: بالتالي تخلصت من مشكلتي؟

العميل: صح

المعالجة: لكن زميلي هو الآخر يعرف أثر اللون على النفسية، بالتالي أول ما يجدها في الغرفة سيرجعها إليّ.

العميل: صح

المعالجة: هذا هو الحل قريب المدى؛ يعني أتخلص من مشكلتي لفترة لكنها ترجع مرة أخرى، ونفترض أن زميلي سافر لفترة طويلة، مما سمح لي التخلص من الوسادات لفترة طويلة، لكن أول ما يرجع من السفر سيرجعها لي. وبالتالي مهما طالّت الفترة الزمنية ستعود مشكلتي، وهذا هو الحل قريب المدى.

وبناء عليه كي أتخلص نهائياً من الوسادات يجب أن أنتظر شاحنة القمامة، أضعها فيها، واتبعها للمكان الذي ترمى فيه القمامة، وأشاهدها وهي تتلف حرقاً وقد تحولت إلى دخان، في هذه الحالة هل هناك احتمال لعودة الوسادات البرتقالية؟

العميل: لا

المعالجة: هذا هو الحل بعيد المدى؛ الحل الذي سيساعدني للتخلص نهائياً من مشكلتي. والآن أريد أن أقيس مدى نجاح سلوكياتك كحلول قريبة المدى؛ أي أنها تخلصك من مشكلتك لفترة معينة. وهل يمكن أن تكون حلول بعيدة المدى؛ أي تخلصك بشكل جذري من مشكلتك. وسنقوم سوياً بقياس ذلك على هذا المقياس (حيث تقوم المعالجة برسم متصل تضع وسطه رقم 0 وعلى اليمين بشكل متدرج +*، +**، +***، أما على اليسار -*، -**، -***).

وتقوم المعالجة بقياس مختلف سلوكيات العميل كحلول قريبة المدى، ومن ثم كحلول بعيدة المدى.

1-3-5- استعارة الحفرة:

تقوم المعالجة بتقديم استعارة الحفرة، حيث ترسم شخص وتقول للعميل ما يلي:

إعداد الطالبة الباحثة: إيمان بوقفة

المعالجة: تخيل أنني طلبت منك إغماض عينيك وأعطيتك كيس من الأدوات، وطلبت منك أن تركض حول هذا الحقل، وأنت تركض وقعت بحفرة، فبدأت تفكر في الخطوات الخاطئة التي قمت بها حتى وقعت بالحفرة، خطوتين إلى اليمين، ثلاث خطوات إلى اليسار، خطوة ونصف إلى اليمين، أربع خطوات لليساار، هذا النوع من التفكير ماذا سيغير؟

العميل: لا شيء.

المعالجة: أين أنت؟

العميل: أنا بالحفرة.

المعالجة: بالتالي ليس هناك داع لكي تفكر في الخطوات الخاطئة، ممكن سبب حالتك اليوم هو الصدمات التي تعرضت لها في الطفولة، أو بسبب العلاقة السيئة بين والديك، أو أنك لم توفق في مدرستك، أو....أو...إلخ، كل هذا التفكير لن يغير شيء في الواقع اليوم.

العميل: صح

المعالجة: الآن عندما انتبهت أن التفكير في الخطوات الخاطئة التي أدت إلى وقوعك في الحفرة لن يغير شيئاً. أخرجت الحفارة من الكيس وبدأت تحفر للخروج من الحفرة، حفرت يمينا ثم يسارا ومن الأمام ومن الخلف، لكن المشكلة أنك كلما حفرت الحفرة تكبر، حتى أنني قدمت لك سلما ولكنك أمسكت السلم وبدأت تحفر به، هل تعرف لماذا؟

العميل: لا

المعالجة: لأنك عالق في فكرة الحفر، أنت تفكر أنك بالحفر يمكن أن تخرج من الحفرة، وكل سلوكياتك السابقة عبارة عن حفر.

العميل: ماذا يجب أن أفعل؟

المعالجة: أول خطوة يجب أن ترمي الحفارة، لأن كل سلوكياتك السابقة من غير جدوى ولو كان الحفر حلاً، ما كنت اليوم هنا عندي بالجلسة تبحث عن العلاج.

في هذه المرحلة تعيد المعالجة تقديم المصفوفة، وتقيس مع العميل مدى فعالية سلوكياته كحلول تقربه مما هو مهم بالنسبة له في الحياة، ويمكن استخدام استعارة البلياردو.

المعالجة: كل شخص لديه أشخاص وأشياء مهمة بالنسبة له في الحياة، أنا مثلاً علاقتي بالله شيء مهم بالنسبة لي، وأيضاً عائلتي، عملي، صحتي، أصدقائي، هواياتي و غيرها ، وما سبق ذكره يعتبر من قيمتي المهمة. ونحن في العلاج بالتقبل والالتزام نقول أن حياتك في قيمك؛ أي فيما هو مهم بالنسبة لك. وعدم وضوح القيم يخلق عدم توازن نفسي، على سبيل المثال تخيل أنك تلعب لعبة البلياردو مع لاعب محترف، ومشكلتك أنك تجهل قوانين هذه اللعبة. لدينا مجموعة من الكرات سوداء وبيضاء، فتأخذ كرة من مجموعة الكرات، وتضربها بشكل عشوائي، يقول لك اللاعب خسرت، ولعب هو وريج، ثم لعبت أنت وخسرت وهكذا، هل هناك أمل في أن تريح هذه اللعبة؟

العميل: لا

المعالجة: هكذا يحصل في حياتنا اليومية إذا لم تكن قيمنا واضحة؛ سيمر اليوم من دون أن نقوم بأي شيء مهم، وبالتالي أحتاج أن أحدد معك الأمور المهمة بالنسبة لك في الحياة.

يقوم المعالج بترتيب مختلف القيم المهمة بالنسبة للعميل، ومن ثم قياس سلوكياته الهروبية، وهل هذه السلوكيات تقربه مما هو مهم بالنسبة له في الحياة. ويشرح له أن هذا الصراع مع الأفكار والمشاعر السلبية لا جدوى منه. ووظيفتك كمعالج هي مساعدته على ملاحظة ما يحصل في عالمه

الداخلي وكيفية الانتقال من حياة يحركها الصراع النفسي، إلى حياة تحركها قيمه (وهنا يشرح المعالج للعميل كيف يتدعم الوسواس).

1-3-6- كيف يتدعم الوسواس (تمرين رقم واحد مع الاسترخاء): إن أغلبية التمارين المستخدمة في العلاج بالتقبل والالتزام هي تمارين تطبيقية تساعد العميل على الدخول في اتصال مع أفكاره ومشاعره السلبية، وذلك من أجل فهم أكبر لطبيعة هذه الأفكار وكيف لها أن تدعم من خلال سلوكيات التحكم والسيطرة، التي يحاول العميل من خلالها التخلص من هذه الأفكار والمشاعر. ويعتبر التمرين رقم واحد من أهم التمارين التي توضح بشكل تطبيقي كيفية تكون الوسواس، والكيفية التي يتدعم بها، وكذا تحديد السلوكيات الخاطئة التي تؤدي إلي تدعيم هذا النوع من الأفكار.

ويمكن للمعالج أن يستخدم هذا التمرين بالشكل التالي:

المعالجة: أود أن أدعوك للقيام بتمرين يوضح الكيفية التي تتكون بها الفكرة الوسواسية إن كنت لا تمنع؟

العميل: أنا جاهز.

المعالجة: حاول أن تجلس في وضعية مريحة، وتغمض عينيك. الآن أنا أطلب منك أن تتخيل رقم واحد، وعندما تتخيله ارفع يدك اليمنى (هدوء حتى يرفع العميل يده)، حاول الآن أن تتخيل رقم واحد يكبر (فترة هدوء، ونفس التعليمية حتى تتخيل رقم واحد يكبر ارفع يدك اليمنى)، حاول الآن تخيل رقم واحد يصغر (نفس التعليمية).

إفتح عينيك الآن. هل تمكنت من تخيل رقم واحد؟

العميل: أجل

المعالجة: هل تمكنت من تخيله يكبر ومن ثم يصغر؟

العميل: أجل تمكنت.

المعالجة: الآن أود منك ألا تفكر مجددا برقم واحد، أمسح نهائيا فكرة رقم واحد من دماغك، لا تفكر فيه وانس نهائيا أنني طلبت منك أن تتخيله وأن تتخيل أنه يكبر ويصغر، كما أريد منك أن تذهب أبعد من ذلك أمسح تماما هذه الذكرى من دماغك، ولو التقيت أنا وأنت بعد سنة لا تتذكر إنني طلبت منك أن تتخيل رقم واحد.

العميل: حسنا سأحاول.

المعالجة: عندما تتمكن من ذلك أعلمني، ولكن من فضلك لا تستبدل فكرة رقم واحد بأي فكرة أخرى، مثلا تفكر في رقم اثنين أو ثلاثة هذا سيكون خطأ، أود منك فقط أن تطلب من دماغك ألا يفكر في رقم واحد، ومتى تمكنت من ذلك أعلمني.

العميل: يحاول التركيز للتخلص من رقم واحد ويهز برأسه.

المعالجة: هل تمكنت؟

العميل: لا والله هذا صعب، رقم واحد يرجع باستمرار.

المعالجة: إذن سننتقل إلى شيء آخر (لا تعلق المعالجة عن التمرين السابق نهائيا)

وتقوم المعالجة بنقل العميل بأسلوب مرن إلى تمرين الاسترخاء.

حاول أن تجلس في وضعية مريحة، أرخ كتفيك وتحسس قدميك على الأرضية، الآن حاول أن تقوم بإغلاق عينيك، كما يمكنك أن تتركهما مفتوحتين إن كنت تفضل ذلك (3 ثوان)، حاول الآن أن تركز على مسار الهواء، اترك كل تركيزك على حركة الهواء وهو يدخل و يخرج من الرئتين، حاول أن تتبّع حركة الرئتين بدخول وخروج الهواء (5 ثوان)، الآن حاول أن تتقل كل تركيزك على الكرسي

الذي تجلس عليه، وأنت جالس على الكرسي في نقاط اتصال بين جسمك وهذا الكرسي، أترك تركيزك على نقاط الضغط (5 ثوان)، بهدوء حاول أن تنتقل تركيزك لغرفة المكتب، حاول الآن أن تنتقل تركيزك للهواء المنبعث من المكيف، انعكاس الضوء على العينين، ركز على أي شيء تستقبله عن طريق الحواس (5 ثوان)، الآن حاول أن تستدعي من الذاكرة ذكرى ليس بالضرورة أن يكون أسعد يوم في حياتك ولكن ذكرى ليوم كنت فيه مرتاح وسعيد (3 ثوان)، حاول أن تركز على أبسط التفاصيل في هذه الذكرى؛ أفكارك، مشاعرك، الجو من حولك (5 ثوان)، الآن حاول أن تنتقل تركيزك من جديد لغرفة المكتب، حاول التركيز على صوت مكيف الهواء المنبعث من المكيف، انعكاس الضوء على العينين. الآن بهدوء حاول أن تنتقل تركيزك لضغط جسمك على الكرسي، حاول التركيز على نقاط الالتقاء بين جسمك والكرسي (5 ثوان)، الآن حاول أن تنتقل تركيزك لمسار الهواء، اترك تركيزك على حركة الرئتين بدخول وخروج الهواء (5 ثوان)، ساعد حتى الرقم الثلاثة وبعدها تفتح عينيك، واحد، اثنان، ثلاثة.

يفتح العميل عينيه وهنا يقوم المعالج بسؤاله إن كان قد شعر بالاسترخاء، وهل تمكن من التركيز على حركة الرئتين وضغط الجسم على الكرسي، وكذا تركيز حواسه على صوت المكيف والهواء المنبعث منه وانعكاس الضوء على العينين، ثم يقوم المعالج بسؤاله عن الذكرى.

المعالجة: هل يمكن أن تشاركني الذكرى التي تذكرتها؟

العميل: أكيد، لقد تذكرت يوم زفافي، كان يوماً جميلاً، وكنت فخوراً جداً أنني تمكنت من الارتباط بزوجتي.

المعالجة: جميل جداً، وهل تمكنت من تذكر أحاسيسك ومشاعرك والجو من حولك وكأنه يحدث الآن؟

العميل: ليس مئة بالمئة لكن شعرت وتذكرت أشياء جميلة.

المعالجة: ممتاز ورقم واحد هل ظهر مجددا وأنت بصدد التركيز على هذه الذكرى؟

العميل: لا نهائياً، اختفى.

المعالجة: هذا الذي يحصل مع أفكارنا، عندما نحاول التخلص من فكرة معينة ونطلب من دماغنا أن لا يتذكرها فهو يعطيها لنا باستمرار؛ مثل الرقم واحد. ولكن بمجرد نقل تركيزنا لما هو مهم بالنسبة لنا في الحياة فإن الفكرة تتلاشي من دون جهد وهذا ما حصل مع رقم واحد. وفكرة رقم واحد هي تمثل أفكارك الوسواسية كلما حاولت التخلص من الفكرة الوسواسية تسلطت أكثر. وكل ما عليك هو توقيف محاولة التخلص منها. أدرك أن الأمر صعب في البداية، ولكن كلما تقبلت هذه الأفكار كلما صار من الأسهل عليك التعامل معها.

1-4-5- استعارة الحمام البارد: وهنا يحاول المعالج أن ينقل العميل إلى فكرة جديدة يوضح له من خلالها أن الشعور المزعج الناتج عن الأفكار الوسواسية لن يستمر مدى الحياة، لأن أغلبية حالات الوسواس القهري يحاولون التخلص من القلق الناتج عن الوسواس خوفاً منهم من استمرارية هذا الشعور بشكل متواصل، وهنا يمكن للمعالج الاستعانة باستعارة الحمام البارد لتوضيح ذلك للعميل.

وينبغي للمعالج أن يشعر العميل بأنه متعاطف معه وأن أفكاره ومشاعره ليست سخيطة وتافهة، بل هي تعكس الألم النفسي والمعاناة، وبالرغم من أن المعالج لا يمكنه أن يشعر بنفس المشاعر لأنه لا يعاني من الوسواس، ولكنه من خلال خبرته وتعامله مع حالات مشابهة يفهم الذي يشعر به العميل وكذلك كونه إنسان فهو يشاطره مشاعر إنسانية مثل القلق والحزن والاكتئاب، وإن كان ذلك بدرجات متفاوتة.

ويمكنه أن يستخدم الصياغة التالية مثلاً:

المعالجة: أعلم تماما أن الذي تشعر به ليس بالأمر البسيط، بطبيعة الحال لا يمكنني أن أقول أنني أفهم تماما ما تشعر به، ولكن من خلال خبرتي وتعاملي مع حالات مشابهة لحالتك، يمكنني القول أن لدي فكرة عن شدة المعاناة والصراع النفسي الناتج عن الوسواس، وأريدك أن تفهم أن ردود أفعالك هذه طبيعية وإنسانية. فنحن كبشر تعلمنا أنه لا بد من التخلص من أي أمر يسبب لنا المعاناة، وهذا ما أنت بصدد القيام به، فالإستجابة التي تقوم بها هي استجابة طبيعية إنسانية، وغالبية الناس في نفس حالتك أو في حالات مشابهة يحاولون التخلص من هذه الأفكار الوسواسية وكذا الألم والقلق الناتج عنها بالطريقة ذاتها. وبالرغم من محاولاتك الدؤوبة للتخلص من الوسواس هل تمكنت من التخلص منه؟

العميل: لا إنه موجود ولكن أنا أحاول جاهدا التخلص منه.

المعالجة: أنا متأكدة أنك حاولت قصارى جهدك للتخلص منه، ولكن ممكن المشكلة تكمن في محاولة التخلص (مثل ما حصل مع الرقم واحد) بالتالي نحن بحاجة إلى أسلوب مختلف. وهنا يبدأ المعالج بتقديم استعارة الحمام البارد.

المعالجة: دعني أوضح لك هذه الفكرة في شكل استعارة.

العميل: حسنا

المعالجة: تخيل أن لديك صديق عزيز جدا عليك وقام بدعوتك لحفل زفافه، وكونه أعز اصدقائك لا بد أن تحضر هذا الحفل، وعندما عدت إلى البيت من أجل الاستحمام وتجهيز نفسك لحفل الزفاف، وجدت السخان معطل والماء بارد، الآن أنت أمام مشكلة لديها حلين.

الحل الأول: أن تقرر أخذ حمام بماء بارد، وتتقبل برودة الماء لفترة وجيزة (10 دقائق)، ثم تلبس لبسا نظيفا وتتعطر وتذهب لحفل زفاف صديقك وتستمتع به.

الحل الثاني: تقول لا أريد برودة الماء، وتقرر تجنب الماء البارد وتلبس ملابسك من دون أخذ حمام، وتتوجه للحفل، لكن المشكلة أنك طيلة الحفلة وأنت منزوي لأنك خائف أن تفوح منك رائحة سيئة أو ينتبه الحضور أنك غير نظيف.

أي واحدة ستختار؟ هل تأخذ حمام بارد أم لا؟

العميل: بلى أخذ حمام.

(عدد قليل فقط من العملاء يستجيبون بالعكس، وهنا لا بد أن ننتبه لدرجة التجنب لديهم)

المعالجة: إن تقبل الفكرة الوسواسية والقلق الناتج عنها وعدم القيام بالسلوكيات القهرية هو بمثابة الحمام البارد، حيث ستشعر بالإنزعاج لفترة قصيرة وبعدها ترتاح بدلا من أن تفضل تبقى في حالة صراع وتعب مستمرة.

1-3-6- تمرين المراقبة بين الجلستين: يقوم العميل بمراقبة الوسواس لمدة أسبوع كامل، كما يقوم

بتمرين التمييز ويقوم بتدوين مختلف الأفكار والمشاعر السلبية باستخدام المصفوفة.

1-4-4- الجلسة الرابعة: (أجندة الجلسة)

- التقييم الوظيفي

- مناقشة رأي العميل في الجلسة الماضية.

- مناقشة الواجب المنزلي.

- تنمية الأنا الملاحظة

- تقديم مهارات فك الاندماج أو الإزالة

- التعامل مع الأفكار الوسواسية.

- التعامل مع المشاعر السلبية المرافقة للأفكار الوسواسية.

- ترتيب الوسواس حسب الاستعداد وبداية التعرض

- تمرين المراقبة بين الجلستين مع بداية التعرض

1-4-1-التقويم الوظيفي: في بداية كل جلسة علاجية لا بد من القيام بالتقويم الوظيفي، وذلك من

خلال سؤال العميل عن الأمور التي حصلت خارج الجلسة العلاجية، وكيف تعامل معها كما سبق توضيح ذلك من قبل.

1-4-2- مناقشة رأي العميل في الجلسة الماضية: وهنا يفسح المعالج المجال أمام العميل لإبداء

رأيه فيما يخص الجلسة السابقة، وهذا يزودنا بالكثير من المعلومات. على سبيل المثال سلوكيات التجنب والهروب، وكذلك فهمه للتمارين المقدمة خلال الجلسة بشكل خاطئ، أي هل أخذت منحى التحكم والسيطرة. وهنا يجدر بنا التوضيح أكثر للعميل أن النتائج المتحصل عليها من خلال هذه التمارين ليست هدفا في حد ذاتها، بل هي نتائج ثانوية للعلاج، ولا يجدر به محاولة استخدامها من باب التحكم والسيطرة على الأفكار والمشاعر السلبية، بل هي أدوات لرفع الوعي الكامل والتقبل والمرونة النفسية. ولا بد أن يكون المعالج واضحا تماما فيما يتعلق بهذه النقطة، ويذكر بها العميل مرار وتكرارا.

1-4-3- مناقشة الواجب المنزلي: في بداية كل جلسة علاجية يتوجب على للمعالج أن يناقش مع

المريض الواجب المنزلي، ويتأكد من قيامه بمراقبة الوسواس من عدمه. ويحاول المعالج معرفة الأسباب الكامنة وراء عزوفه عن القيام بالواجب، هل هو ناتج عن التجنب لعدم الدخول في إتصال مع الأفكار الوسواسية؟ ويوضح له أهمية القيام بالواجب المنزلي وهذا لكي يتوصلا سويا للنتائج المرجوة.

1-4-4- تنمية الأنا الملاحظ (الفرق بين الأنا المفكرة والأنا الملاحظة): هنا يشرح المعالج للعميل أن بداخل كل واحد منا هناك نوعين من الأنا، الأنا المفكر والأنا الملاحظ، ويمكنه صياغة ذلك بالشكل التالي:

المعالجة: عندما تكون جالسا على البحر وتشاهد غروب الشمس للحظة تشعر أن هناك هدوء بداخلك، وهذا الشعور يكون ناتجا عن الأنا الملاحظة ولكنه لا يدوم طويلا، لأن الأنا المفكرة سرعان ما تتدخل وتبدأ في التعليق من مثل: "لو لم أكن أعمل بهذا الشكل المكثف، لما تمكنت من رؤية هذا كل يوم"، "ما باليد حيلة مسؤولياتي كثيرة"، وهكذا تتدخل الأنا المفكرة وتأخذ مكان الأنا الملاحظة. وما نحن بحاجة إليه خلال هذا العلاج هي تنمية الأنا الملاحظة، لكي تتمكن من ملاحظة مختلف الأفكار والمشاعر السلبية وبالتالي يسهل التعامل معها.

أريد منك أن تتخيل أن بداخلك آلة تصوير، وهذه الآلة بإمكانها تصوير أي فكرة أو شعور سلبي وكلما زادت مهارة الملاحظة لديك صار من السهل التعامل مع الأفكار والوسواس التي توترقك، هل أنت مستعد لذلك؟

العميل: سأحاول

ينتقل المعالج والعميل بعد ذلك لمفهوم فك الإدماج

1-4-5- تقديم مهارات فك الاندماج أو الإزالة "Cognitive defusion": يعتبر فك الاندماج من أهم عناصر العلاج بالتقبل والالتزام، فهو يساعد العميل لجعل مسافة بينه وبين الفكرة السلبية أو الوسواسية، وبالتالي يتعامل معها على أنها مجرد فكرة وليست واقع موجود، وهناك العديد من التمارين التي تقي بهذا الغرض، وسنذكر في هذه الجزئية بعضا منها وللمعالجين الحرية في استخدام أي منها حسب العملاء لديهم.

وهناك ثلاث خطوات رئيسية ينبغي من اتباعها عند التطرق لجزئية فك الاندماج، سواء تعلق

الأمر بالأفكار الوسواسية أو المشاعر السلبية المرافقة لها:

1-4-6- التعامل مع الأفكار الوسواسية:

المرحلة الأولى: ألاحظ الفكرة الوسواسية .

المرحلة الثانية: اسمي الفكرة على شكل قصة "قصة القذارة ظهرت من جديد...."

المرحلة الثالثة: مهارات فك الاندماج والمتمثلة في العديد من الطرق نذكر منها ما يلي:

1- أن يعيد العميل صياغة الفكرة بالشكل التالي: "أنا لذي فكرة أن علي جراثيم، أو أوساخ"، "لذي

فكرة أنني لم أغلق الباب"، "لذي فكرة أن الغاز مفتوح ويتسرب"، وغيرها من الأفكار السلبية والوسواسية.

2- أن يتخيل العميل الفكرة وكأنها تمر في شاشة كمبيوتر بأحرف كبيرة ثم بأحرف صغيرة، وكذلك

يتخيل الفكرة مكتوبة بألوان مختلفة.

3- أن يكرر للفكرة طبقات صوتية مختلفة بشكل مضحك، وكأنه يقلد صوتا لرسوم متحركة أو غيرها

4- أن يغني الفكرة على إيقاع معين: "إيقاع أغنية عيد الميلاد"

5- العمل على مستوى الخيال، وهنا يطبق المعالج نفس تقنية الاسترخاء ويركز على تطبيق فك

الاندماج على مستوى الخيال بالشكل الآتي:

المعالجة: حاول أن تجلس في وضعية مريحة، أرخ كتفيك وتحسس قدميك على الأرضية. الآن حاول

أن تقوم بإغلاق عينيك، كما يمكنك أن تتركهما مفتوحتين إن كنت تفضل ذلك (3 ثوان). حاول الآن

أن تركز على مسار الهواء، ركز على حركة الهواء وهو يدخل ويخرج من الرئتين، حاول أن تتبّع

حركة الرئتين عند دخول وخروج الهواء (5 ثوان). الآن حاول أن تنتقل كل تركيزك للكرسي الذي

تجلس عليه، وأنت جالس على الكرسي في نقاط اتصال بين جسمك وهذا الكرسي، ركز على نقاط الضغط الأكثر (5 ثوان). بهدوء حاول أن تنتقل تركيزك لغرفة المكتب، حاول التركيز على صوت المكيف أو أي صوت تسمعه هنا والآن، حاول الآن أن تنتقل تركيزك للهواء المنبعث من المكيف، إنعكاس الضوء على العينين، اجعل تركيزك على أي شيء تستقبله عن طريق الحواس (5 ثوان). حاول أن تتخيل نفسك في مكان هادئ، فيه أشجار وحشيش أخضر، الجو جميل والسماء صافية (5 ثوان)، على يمينك يوجد نهر، مياهه صافية وتجري بسرعة معتدلة، وعلى يسارك طابور من الجنود الأقزام، كل جندي قزم منهم يحمل لافتة في يده (5 ثوان). الآن يتقدم منك الجندي القزم الأول، حاول أن تدون على لافتته أول فكرة وسواسية تخطر بذهنك (5 ثوان)، والآن حاول أن تراقب الجندي القزم وهو يحمل هذه اللافتة ويركض نحو النهر ثم يقفز فيه، وتحمله مياه النهر بعيدا عنك وهو مبتهج وفرح وهو يأخذ معه هذه الفكرة (5 ثوان). بنفس الطريقة يتقدم منك الجندي القزم الثاني، وبإمكانك أن تسجل ثاني فكرة وسواسية بنفس الطريقة وتراقب الجندي القزم الثاني وهو يبتعد بها وهكذا، وفي أي لحظة أحسست أنك لا تستطيع القيام بهذا التمرين، دَوِّن هذه الفكرة على لافتة أي جندي قزم من الجنود الأقزام وراقبه وهو يبتعد بها (5 ثوان). الآن حاول أن تركز على الهدوء الذي من حولك، صوت النهر وصوت أوراق الشجر من حولك، وأن تستمتع بهذه اللحظة (5 ثوان). حاول الآن أن تنتقل تركيزك من جديد لغرفة المكتب، حاول أن تركز على صوت المكيف للهواء المنبعث من المكيف، إنعكاس الضوء على العينين. الآن بهدوء حاول أن تنتقل تركيزك لضغط جسمك على الكرسي، ثم حاول التركيز على نقاط الالتقاء بين جسمك والكرسي، حاول التركيز على نقاط الضغط الأكثر (5 ثوان). حاول الآن أن تنتقل تركيزك لمسار الهواء، اترك تركيزك على حركة الرئتين عند دخول وخروج الهواء (5 ثوان)، ساعد لثلاثة وبعدها افتح عينيك، واحد، اثنان، ثلاثة.

وعند الانتهاء من التمرين يسأل المعالج العميل عن شعوره، وهل تمكن من تخيل الجنود الأقزام، وهل استطاع مراقبه الفكرة وهي تتباعد. ومن ثم يوضح له أن الهدف من هذا التمرين ليس التخلص من الفكرة الوسواسية، بل هو وضع مسافة بينه وبينها كي يتعامل معها على أنها مجرد فكرة، وكذلك ينبهه من عدم محاولة استخدام هذا التمرين من مبدأ التحكم والسيطرة، وإن كان له آثار إيجابية جعلت تأثير الفكرة أقل هذا لا يعني أنه أسلوب للتخلص منها. وإذا حاول ذلك قد لا ينفعه التمرين في كل الحالات لأن الهدف منه هو هدف مختلف، والذي نصبو له من خلال هذا العلاج هو تغيير علاقاتنا بالأفكار الوسواسية والسلبية ليس من أجل التحكم والسيطرة عليها.

1-4-7- التعامل مع المشاعر السلبية المرافقة للأفكار الوسواسية: يتم التعامل مع المشاعر

السلبية بنفس الطريقة التي تم التعامل بيها مع الأفكار الوسواسية:

المرحلة الأولى: ألاحظ السلوك السلبي في جسدي.

المرحلة الثانية: ألاحظ ماذا يقول دماغي عن هذا الشعور السلبي.

المرحلة الثالثة: أخذ نفس عميق، انفخ في المكان الذي أشعر فيه بالشعور السلبي، أنفتح وأقبل تواجده وأنقل تركيزي للحظة الحالية.

ومن خلال التطرق لمفهوم الأنا الملاحظ وفك الاندماج يستطيع المعالج المباشرة في التعرض.

1-4-8- ترتيب الوسواس حسب الاستعداد وبداية التعرض: يقوم العميل بمساعدة المعالج على

كتابة مختلف الأفكار الوسواسية التي يتذكرها، وبالاستعانة بجدول مراقبة الوسواس الذي دون فيه الوسواس التي ظهرت خلال الأسابيع الماضية من العلاج، ويقوم بترتيب الوسواس حسب استعداد العميل للتعرض لها، ثم يقوم العميل باختيار من فكرتين إلى ثلاثة أفكار للعمل عليها خلال الأسبوع (لا ينصح العمل مع أربعة أفكار في الوقت نفسه في بداية التعرض).

وبعد أن يحدد العميل الأفكار يطلب منه المعالج ملاحظة هذه الأفكار عندما تخطر بباله وكأنه يراقبها بكاميرا، وتقبل القلق الناتج عنها، واستخدام أحد تمارين التفرغ المعرفي للانتباه إلى أنها مجرد فكره ثم ننقل التركيز لما هو مهم في تلك اللحظة وملاحظة ما يحدث.

1-4-9- تمرين المراقبة بين الجلستين مع بداية التعرض: بنفس الطريقة يطلب المعالج من العميل الاستمرار في مراقبة الوسواس من خلال جدول المراقبة، وتطبيق التعرض مع الوسواس التي تم تحديدها. ثم يفسح أمامه المجال لطرح أي أسئلة متعلقة بما تم العمل عليه خلال الجلسة العلاجية أو أي أسئلة أخرى تخطر بباله.

1-5- الجلسة الخامسة والسادسة (أجندة الجلسة):

- التقييم الوظيفي
- مناقشة رأي العميل في الجلسة الماضية.
- مناقشة الواجب المنزلي.
- التذكير بجزئية فك الاندماج:
- استعارة البائع
- استعارة الحافلة
- لماذا تتسلط الأفكار:
- استعارة خالتي فاطمة
- التحكم هو المشكلة:
- استعارة جهاز كاشف الكذب

- أليس الوسواس مثل الطفل في المتجر

- الاستمرار مع التعرض وتحديد أفكار جديدة حسب الاستعداد

- تمرين مراقبة الوسواس، مع تمرين التمييز (يتم تطبيقهما كل أسبوع على طول فترة العلاج).

1-5-1- التقييم الوظيفي: في بداية كل جلسة يحاول المعالج التطرق للأمور التي حدثت خلال الأسبوع، فيمكن أن تؤثر على الأفكار الوسواسية (بعض الأمور قد تؤدي إلى زيادة حدة الأفكار الوسواسية أو ظهور وساوس جديدة)، وكذلك مراقبة حالة العميل في مجملها، فبعض الأمور التي ليس لها أي علاقة بالوسواس قد تؤدي إلى صعوبة في التعامل مع الأفكار الوسواسية، كالحالة المزاجية والمشاكل الأسرية، وضغوط العمل، أو فترة الامتحانات بالنسبة للطلبة وغيرها من الأمور والتي يمكن أن تؤثر بشكل غير مباشر على سيرورة البرنامج العلاجي. فلا بد للمعالج أن ينتبه لها ويتعامل معها وذلك لتسهيل سيرورة العلاج.

1-5-2- مناقشة رأي العميل في الجلسة السابقة: عند مناقشة المعالج لرأي العميل فيما يتعلق بالجلسة الماضية، فهذا يفسح له المجال بالتعرف على الكيفية التي يتعامل بها المريض مع المعلومات المقدمة له خلال الجلسة، وتحديدًا إن كان هناك أخطاء في فهم التمارين التي تم التدريب عليها وغيرها، فمن الضروري أن يسأل المعالج عن رأي العميل لاستيضاح أي شيء مبهم.

1-5-3- مناقشة الواجب المنزلي: يقوم المعالج بمناقشة الواجب المنزلي مع العميل، والتأكد من الطريقة التي طبق بها التعرض مع الأفكار التي تم تحديدها في الجلسة الماضية، وهل كان التطبيق من منطلق انفتاح ومرونة نفسية، أم هناك محاولات تحكم وسيطرة. كذلك يجب أن ينتبه المعالج لبعض حالات العزوف عن تسجيل الوسواس في الجدول، فهي تعكس السلوكيات التجنبية، وإن وجدت يرجع مع العميل لتمرين العجز الابداعي ليبين له أكثر بأن لا السلوكيات التجنبية غير فعال، وفي كل

الحالات لا يجب أن يشعر المعالج العميل بتأنيب الضمير أو يلومه، بل يجب أن يكون مرناً ويشاركه وجدانياً، كأن يقول له: "أنا أعرف أن الأمر صعب، ولكنك حاولت كثيراً التخلص من هذه الوسواس من خلال تجنبها، ولكن النتيجة أنك هنا تحاول مجدداً. يعني سلوكيات التجنب بالرغم من كونها استجابة إنسانية طبيعية إلا أنها غير مجدية في حالتك، ومن خبرتي في التعامل مع مرضى الوسواس أعلم أن الأمر ليس سهلاً، وأن دخولك في اتصال مع الأفكار الوسواسية يخلق قلقاً لديك. وكما سبق وأن أخبرتك فهذا هو الحمام البارد، نتحمل برودة الماء لفترة قصيرة ونشعر بالراحة، بدلاً من الاستمرار في التعب". أما إذا قام العميل بالواجب، يدعم المعالج السلوكيات الإيجابية ونشجعه للعمل أكثر مع الأفكار الوسواسية المتبقية. ومهما كانت النتيجة التي قدم بها العميل لا يجب أبداً لومه أو إشعاره أنه مقصر أو لا مبالٍ، لأن التعامل مع الأفكار الوسواسية ليس بالأمر السهل.

1-5-4- التذكير بجزئية فك الاندماج (استعارة البائع والحافلة): يرجع المعالج مجدداً لجزئية فك الاندماج، وذلك لربط المعلومات بين الجلسات والتأكيد أكثر على أن ما نحن بصدد التعامل معه هو مجرد أفكار وليست هي الواقع، وهنا بإمكان المعالج أن يستعين باستعارة الباص.

المعالجة: أريد منك أن تفهم أن كل الأفكار التي تجول بخاطرك هي مجرد أفكار، وأي صراع معها أو محاولة التخلص منها لن يوصلك لنتيجة بدل ذلك هي تجعلك عالقا في مكانك.

العميل: لكن الأمر صعب

المعالجة: أعلم أنه صعب ولكنه ليس مستحيل، وأول خطوة لجعله ممكناً هي الملاحظة، لا بد من أن تتدرب على ملاحظة أفكارك، فماغك بائع شاطر إذا كنت تتذكر استعارة البائع، تطرقنا لها من قبل إن كنت تتذكر؟

العميل: نعم أتذكرها

المعالجة: هل تسمح لي أن أوضح لك ذلك أكثر باستخدام استعارة أخرى؟

العميل: أجل تفضل.

المعالجة: تخيل هذا مسارك من "أ" إلى "ب"، أنت في "أ" وهو يمثل نقطة الإنطلاق متوجه نحو "ب" وهي نقطة الوصول وهذا باص، حيث أن الوحيد على وجه الأرض الذي بإمكانه أن يحرك الباص أو يوقفه هو أنت، لا توجد أي قوة على وجه هذه الأرض بإمكانها تحريك أو إيقاف الباص غيرك، ولكن أنت لست بمفردك بهذا الباص، هناك ركاب معك، كل راكب من الركاب يمثل فكرة أو شعور سلبي، أول راكب يمثل القلق، الثاني التردد، الثالث "أنا فاشل" الرابع "يادي متسختان" وهكذا. وهؤلاء الركاب ليس بإمكانهم تحريك أو توقيف الباص، هم فقط يتكلمون، ولكن ردة فعلك هي التي تحدّد ماذا سيحدث بالباص؟ فيتكلم أول راكب وهو القلق، وكونك لا ترغب في سماعه توقف الباص لتتصارع معه وتجبره على السكوت، والمشكلة كلما حاولت إيقافه صوته ارتفع حجمه زاد، عندما تفقد الأمل فيه تنتقل للراكب الثاني وهكذا، كلما حاولت توقيف صوتهم ارتفع وحجمهم زاد. هل ستصل لنقطة الوصول "ب" (علما أن "ب" يمثل ما هو مهم بالنسبة لك في الحياة "قيمك" أي يمثل علاقتك مع الله، عائلتك، دراستك (إن كنت طالب)، أولادك عملك، صحتك، الأصدقاء والحياة الاجتماعية....) وأنت قررت إيقاف الباص والصراع مع الركاب. هذا الباص هو حياتك، بمجرد تركيز في "ب" الباص سوف يسير ويتحرك لركاب لما يتكلمون ولا ترد عليهم سيسكتون مع الوقت، والذي يهمننا في هذا النوع من العلاج هو رفع الوعي بمن معك بالباص وزيادة تركيزك على "ب" أي قيمك وبالتالي ترتفع المرونة النفسية لديك.



- القيم

- علاقتك بالله

- علاقتك بزوجتك

- أولادك

- عملك

- صحتك

- الأصدقاء والحياة الاجتماعية

- السفر والترفيه

1-5-5- لماذا تتسلط الأفكار: إن الأفكار الوسواسية مثلها مثل الأفكار السلبية فهي ممكن أن

تخطر ببال أي شخص، ولكن لماذا تتسلط عند بعض الناس مقارنة بغيرهم؟ إن الأفكار الوسواسية لا

تأخذ طابعها التسلطي من أول وهلة، ولكن ردود الفعل التي يقوم بها العميل للتخلص منها ومحاولة

إيقافها هي السبب المباشر لتدعيم هذه الأفكار وزيادة حدتها. وأغلبية العملاء يفصحون بذلك خلال

جلسات العلاج النفسي وذلك من خلال سؤالهم ما إن كانت هذه الأفكار بدأت بهذه الحدة منذ البداية

أم زادت حدتها وانتشرت بمرور الوقت؟ ولتوضيح هذه الفكرة أكثر يمكن للمعالج أن يستخدم استعارة القطار كوسيلة لتسهيل فهم المعلومة.

المعالجة: من خلال خبرتك وتعاملك مع الأفكار الوسواسية، هل بإمكانك إخباري ما إن كانت هذه الأفكار تنتم بنفس الشدة والتكرار من أول يوم، أم أنها زادت مع الوقت؟

العميل: لا في البداية كانت مجرد فكرة، ولكن مع مرور الوقت أصبحت تضغط أكثر فأكثر بالرغم من كل محاولاتي للتخلص منها.

المعالجة: الأمر لا يتلخص في محاولة التخلص منها، تخيل أن بيتك قريب من سكة القطار ويمر القطار من جنب بيتك كل 10 دقائق، وهنا عندك حل من الاثنين، الأول أن تغلق أذنيك وتشم القطار، لماذا يمرّ من جانب البيت، أنا لا أستطيع أن أنام، ولا أن آكل، ولا أن أقوم بواجباتي، وبالتالي ستمر حياتك وأنت تشتم في القطار. أما الحل الثاني تركز على حياتك واهتماماتك لحظة بلحظة، وبالتالي تتكيف مع القطار فلا تسمع صوته لأنه في كل الحالات سوف يمر كل 10 دقائق. وهذا القطار يمثل أفكارك الوسواسية كلما أغلقت أذنيك كي لا تسمعها تسلطت أكثر.

1-5-5-1- استعارة خالتي فاطمة:

المعالجة: إن الأفكار الوسواسية والمشاعر السلبية الناتجة عنها أمور خارجة عن نطاق قدرتك في التحكم، فلا يمكنك أن تحدد زمنا لظهورها أو إختفائها، فأنا أدعوها خالتي فاطمة.

خالتي فاطمة هي فرد من عائلتك ولكنك تكره طباعها بشدة، فصوتها مرتفع ورائحتها كريهة وهي حشرية جدا ومزعجة فأنت لا تحبها. وفي يوم من الأيام قررت أن تقيم حفلة دعوت فيها كل عائلتك إلا خالتي فاطمة، بدأت الحفلة والأجواء جميلة جدا وكل الحاضرين سعداء بالحفلة، وفجأة رن

جرس الباب، نظرت من العين السحرية فإذا بك ترى خالتي فاطمة خلف الباب في هذه الحالة عندك أربعة حلول:

- **الحل الأول:** لا تفتح الباب، ولكن خالتي فاطمة من خلال معرفتي بها ستقلب الحي عليك وهي تبكي وتصرخ، وبهذه الطريقة ستوقف الحفلة.

- **الحل الثاني:** أن تفتح الباب ولا تسمح لها بالدخول، ولكن أنا أتوقع النتيجة نفسها لأنها غاضبة

- **الحل الثالث:** تفتح الباب لها وتسمح لها بالدخول، ولكن طيلة فترة الحفلة وأنت تراقب تحركاتها خوفاً من أن تزجج هذا، وتتدخل في شؤون هذه. فهل تمتعت بحفلك بهذا الشكل؟

- **الحل الأخير:** تفتح لها الباب وتقول لها "خالتي فاطمة، أنا آسف لعدم وصول بطاقة الدعوة ولكن تفضلي البيت بيتك والأهل أهلك" وتذهب للاهتمام بضيوفك والاستمتاع بالحفلة.

العميل: سوف اختار الحل الرابع.

المعالجة: خالتي فاطمة تمثل أفكارنا ومشاعرنا السلبية والتي تظهر بدون سابق إنذار، ونحن لا نرغب في الشعور بها ورؤيتها أو الدخول في اتصال معها، ولكن إذا حاولنا إغلاق الباب في وجهها ستحدث ضجة، وإذا حاولنا التحكم فيها نفس الشيء، وإذا قضينا وقتنا في مراقبتها فنحن نفقد اللحظة الحالية، وبالتالي الحل الأمثل هو السماح لها بأن تكون، والتركيز على الأمور المهمة وبالتالي يتناقص تأثيرها علينا.

1-5-6- التحكم هو المشكلة: إن الهدف من تقديم هذه الجزئية من العلاج هي مساعدة العميل على ملاحظة عدم جدوى سلوكيات التحكم والسيطرة، والتي لطالما حاول القيام بها للتحكم في الوسواس القهري، والتي أدت إلى زيادة حدة الوسواس والصراع النفسي الناتج عنه. فإذا تمكن المعالج من إيصال هذه الفكرة للعميل سيكون من السهل بالنسبة له التخلي على سلوكيات التحكم والسيطرة،

وبالتالي فسح المجال أمام اكتساب سلوكيات جديدة ومختلفة، وكذا الاقتناع أن السلوكيات القهرية غير مجدية وذلك عكس القصة التي يرويها له دماغه.

المعالجة: لقد حاولت مرارا التخلص من فكرة "إن الباب مفتوح" من خلال التدقيق والتأكد من أنك أغلقته.

العميل: صحيح

المعالجة: وهل تخلصت من هذه الفكرة أم أنها ترجع باستمرار؟

العميل: بلى ترجع.

المعالجة: لو وضعت هذه الفكرة في المصفوفة أين ستدونها.

العميل: في الناحية اليسرى من المصفوفة.

المعالجة: حسنا.

هنا لا يجب على المعالج أن يضغط على العميل، فالهدف الأساسي من هذه الجزئية من العلاج هي لفت انتباه العميل إلى عدم فعالية السلوكيات القهرية، وأنها لا تخلصه من الوسواس بل تجعل الوسواس ينمو ويكبر عوضا عن مساعدته للتخلص منه.

إن مفهوم التحكم هو مفهوم محوري في العلاج بالتقبل والالتزام، فكلما تظن العميل لعدم جدوى سلوكياته التحكمية، كلما كان أسهل بالنسبة له للتعامل مع الأفكار والمشاعر السلبية. ولكن الأمر ليس بهذه البساطة، لأننا كبشر نشأنا على فكرة التحكم، وهذه استجابة طبيعية إنسانية، الهدف الأساسي منها هو الحفاظ على الكينونة، ويمكن للمعالج أن يقدم هذه الجزئية بالشكل التالي:

المعالجة: إن ردود فعلك هي طبيعية وإنسانية ونحن كبشر تعلمنا أن نتحكم ونسيطر على العالم من

حولنا، مثلا هل تعلم كم درجة الحرارة اليوم؟

العميل: حوالي 45 درجة.

المعالجة : صحيح، ونحن في هذا المكتب هل تشعر أن درجة الحرارة 45؟

العميل: لا هناك مكيف.

المعالجة: إن نكاه الإنسان مكننا من التحكم في درجة الحرارة.

العميل: صحيح

المعالجة: كما مكننا نكاه الإنسان من التحكم في المسافة، فصار من السهل علينا السفر من قارة إلى

قارة أخرى باستخدام الطائرة أو الباخرة وغيرها، أيضا نكاه الإنسان مكنه من ربط العالم أجمع من

خلال شبكة الإنترنت وغيرها، فالإنسان من خلال نكاهه تعلم أن يتحكم في العالم من حوله أليس

كذلك؟

العميل: صحيح

المعالجة: تعال ننظر قليلا في السلوك الحيواني، لو أن لديك قطة وقدمت لها بعض الطعام والماء

ووفرت لها جو لطيف مثل هذا الجو هل ستكون سعيدة.

العميل: أكيد ستكون سعيدة

المعالجة: ستكون سعيدة لأنه ليس لها القدرة على التحكم في العالم الخارجي، ولا تحاول كذلك التحكم

في العالم الداخلي، وذلك عكس الإنسان الذي تعلم التحكم في العالم من حوله. فمثلا تخيل أن لديك

صديق لا تحبه، بإمكانك تجنب الأماكن التي يذهب إليها، الأشخاص الذين يعرفهم وأي شيء يربطك به، وبهذا الشكل تتخلص منه، هل توافقتني؟

العميل: أجل أوافقك.

المعالجة: حاول الآن أن تتخيل أن عندك خوف أو قلق بداخلك، كيف لك أن تتجنبه، يمين؟ يسار؟

المشكلة تبدأ لما نحاول نقل هذه القدرة على التحكم والسيطرة من العالم الخارجي إلى العالم الداخلي، وهنا يفشل الإنسان تماماً في سلوك التحكم والسيطرة.

وبهذا الشكل يحاول المعالج نقل العميل بأسلوب مرن للتخلص من سلوكيات التحكم والسيطرة وتدعيم هذه الفكرة أكثر، فيطلب منه القيام بتمرين كي يوضح ما سبق التطرق له.

1-5-6-1- استعارة جهاز كاشف الكذب: تعد استعارة جهاز كاشف الكذب من أجمل الاستعارات التي تساعد العميل على فهم مفهوم التحكم والسيطرة بشكل تطبيقي، ويمكن للمعالج استخدامها بالشكل الآتي:

المعالجة: وأنت جالس على هذا الكرسي تخيل أنني قمت بربطك بجهاز كاشف للكذب، حيث إن هذا الجهاز هو أدق جهاز على وجه الكرة الأرضية فبإمكانه أن يلتقط أبسط الإشارات، فهو حساس ودقيق جداً. والآن وأنت موصول بهذا الجهاز صوبت ناحية رأسك مسدس وأخبرت أنك إذا شعرت بالخوف أو القلق وأشار الجهاز لذلك سوف أطلق عليك النار، الآن استرخي.

العميل: سأحاول أن استرخي.

المعالجة: مجرد تفكيرك بضرورة الاسترخاء معناها أنك شعرت بالخوف والقلقاً وبالتالي الجهاز أشار لذلك وأنا أطلقت عليك النار.

العميل: صعب كيف سأتحكم.

المعالجة: إن جهازك العصبي أدق من هذا الجهاز، فكلما طلبت منه التخلص من الخوف أو القلق... إلخ، سيعطيك هذه الأشياء أكثر. إذا الحل لا يكمن في محاولة التخلص أو التحكم فيما نشعر ونفكر فيه، يمكن أن يكون الحل في سلوك مختلف تماما.

عادة ما يطرح العملاء السؤال عن الكيفية التي يتخلصون بها من المشاعر والأفكار السلبية، وهنا يمكن للمعالج أن يقول أن الحل هو التوقف عن محاولة التخلص أصلا بشكل مرح. ويطمئن العميل أنه من خلال جلسات العلاج سوف يتدرب على كيفية الإحتواء والتعامل مع الأفكار والمشاعر السلبية.

1-5-7- أليس الوسواس مثل الطفل في المتجر: بعد التطرق لمفهوم " التحكم هذه هي المشكلة"، ينقل المعالج العميل إلى فكرة جديدة والتي يوضح من خلالها للعميل الكيفية التي يستجيب بها للأفكار والخيارات الموجودة لديه، ويمكنه استخدام استعارة "الطفل في المتجر" بالشكل التالي:

المعالجة: هل لديك أطفال.

العميل: عندي ولد وبنت.

المعالجة: ما شاء الله، الله يحفظهم من هو أكبرهم؟

العميل: الولد 4 سنوات، أما البنت فهي رضية.

المعالجة: تخيل أنك ذهبت لمتجر كبير برفقة ابنك، وخلال تجوالكما في أروقة المتجر توقف ابنك عند رواق الألعاب، وأخذ لعبة وطلب منك شرائها له، فرفضت. فإذا به يبدأ في البكاء محاولة منه الضغط عليك ليصل لمراده، وكلما استجبت بالرفض ارتفع صراخه أكثر. الآن أنت في موقف كل الناس الموجودة في المتجر تنظر إليك ماذا ستفعل؟

العميل: اشتري له اللعبة.

المعالجة: لو اشتريت اللعبة فأنت تعلم إنك أن عليه الصراخ لهذا الحد لكي يحصل على ما يريد، أما إذا رفضت فهو سيصل إلى حد معين ويتوقف، وهكذا يتعلم أنه لا يمكنه الحصول على كل ما يريد.

العميل: صحيح، لن اشتري له.

المعالجة: بنفس الطريقة تعمل الأفكار الوسواسية، فهي تضغط عليك بشكل متصاعد وعند استجابتك بالفعل القهري فأنت تعلم دماغك أن يستجيب بهذا الشكل، أما إذا تقبلت وجود الفكرة وفسحت لها المجال بأن تكون مهما ضغطت عليك فستضعف بمرور الوقت، ولربما يختار دماغك فكرة وسواسية جديدة ويجرب نفس الطريقة وهكذا.

وبهذه الطريقة يمكن مساعدة العميل للانتباه لردود أفعاله والسلوكيات التي يقوم بها، وكيف لها أن تجعل من الأمور أصعب أي أنه سيصل إلى عكس ما كان يصبو إليه، وهذا قد يدفع بالعميل للتخلي عن سلوكيات التحكم والسيطرة والتي كان يظن أنها تخلصه من الوسواس.

1-5-8-الاستمرار مع التعرض وتحديد أفكار جديدة حسب الاستعداد: يقوم المعالج برفقة العميل بتحديد الأفكار الوسواسية التي سيتم التعرض إليها حسب استعداده خلال الأسبوع القادم، كما يتم ادراج الوسواس التي لم يحددها العميل قبل وظهرت في جدول مراقبة الوسواس.

1-5-9- تمرين مراقبة الوسواس وتمارين التمييز: يقوم المعالج بتشجيع العميل على ملاحظة أفكاره ومشاعره السلبية وأن يرصد في جدول مراقبة الوسواس كل الوسواس التي تظهر خلال الأسبوع، مع الاستمرار بعدم لاستجابة للوسواس التي تم العمل عليها، كذلك التركيز على الوسواس التي تم تحديدها خلال الجلسة للتعرض لها، مع الاستمرار في تمرين التمييز.

1-6- الجلسة السابعة والثامنة (أجندة الجلسة):

- التقييم الوظيفي
- مناقشة رأي العميل في الجلسة الماضية.
- مناقشة الواجب المنزلي.
- الاستعداد والتقبل هو الحل.
- استعارة المقياسين.
- التقبل والانفتاح وفسح المجال.
- الأفكار الإيجابية مثلها مثل الأفكار السلبية.
- تحديد الأفكار الوسواسية التي سيتم التعرض إليها خلال الأسبوع.
- تمرين بين الجلستين (مراقبة الوسواس وتمارين التمييز).

1-6-1- التقييم الوظيفي: لا بد من القيام بالتقييم الوظيفي في بداية كل جلسة ومعالجة مختلف

الأمر والصعوبات التي تظهر خلال الأسبوع ولا يكون لديها علاقة مباشرة بالوسواس، ولكن يمكن أن تؤثر بشكل أو بآخر على سيرورة العلاج كما سبق لنا توضيح ذلك من قبل.

1-6-2- مناقشة رأي العميل في الجلسة الماضية: كما يجب سؤال العميل عن رأيه في الجلسة

الماضية في بداية كل جلسة لتحديد ما إذا كانت هناك بعض الأمور غير الواضحة بالجلسة، وتحديد ما إذا كانت هناك بعض المشاعر السلبية نحو الأسلوب العلاجي أو شخص المعالج، مما يسمح بمعالجتها قبل أن تتفاقم، وهذه الجزئية مهمة جداً لأنها بمثابة البوصلة والتغذية الراجعة للسيرورة العلاجية.

1-6-3- مناقشة الواجب المنزلي: مناقشة الواجب المنزلي أمر ضروري لتحديد درجة التحسن، وكذا مراقبة إمكانية ظهور وساوس من نوع آخر، وكيفية استجابة العميل ومراقبة ما يحصل مع الأفكار الوسواسية التي تم التعرض لها من حيث الشدة وتكرار ظهورها مقارنة بالجلسات السابقة.

1-6-4- الاستعداد والتقبل هو الحل: بعد التطرق للواجب المنزلي وكل الأحداث التي حصلت خلال الأسبوع يقوم المعالج بنقل العميل إلى جزئية مهمة في البرنامج العلاجي وهي " الاستعداد و التقبل هو الحل"، ويشرح المعالج للعميل أنه إذا كان التحكم والسيطرة هما المشكلة في ظهور الاضطرابات النفسية فإن "الاستعداد والتقبل" هما الحل لهذه المشكلة، فكلما زاد الاستعداد للدخول في اتصال مع الأفكار الوسواسية وتقبل وجودها، كلما أصبح من الأسهل التعامل معها واحتوائها، ويمكن للمعالج استخدام استعارة المقياسين كأداة مساعدة لتسهيل فهم هذه الجزئية.

1-6-4-1- استعارة المقياسين: هذه الاستعارة هي جزء محوري في العلاج، تساعد العميل على فهم ما يحصل معه، ونوعية الاستجابة التي تساعده على التعامل مع الأفكار والمشاعر السلبية عند ظهورها على مستوى الوعي لديه. ويمكن استخدامها بالشكل التالي:

يقوم المعالج برسم دائرتين بجانب بعضهما البعض في ورقة بيضاء، الدائرة الأولى بها مؤشر ومرقمة من واحد إلى عشرة ويكتب تحت الدائرة كل الأفكار والمشاعر السلبية التي يحاول العميل التخلص منها، ويكتب فوق الدائرة "محاولة التحكم والسيطرة" ويضع المؤشر في رقم عشرة، أما الدائرة الثانية تكون هي الأخرى مرقمة من واحد إلى عشرة والمؤشر يكون في رقم صفر ويكتب فوقها الاستعداد للشعور. ويكون تقديم الاستعارة كالآتي:

المعالجة: أريد أن أدعوك للقيام بتمرين بسيط يلخص ما تطرقنا له في الجلسات الماضية، ويوضح لك الكيفية التي يستحسن أن تسلك بها.

العميل : حسنا

المعالجة: هذه ورقة (ترسم عليها المعالجة دائرتين وتشير إليهما) أريدك أن تتخيل كل دائرة من الدائرتين على أنهما العجلة التي توجد بالخزنة (الخزنة التي نخبأ فيها النقود)، حيث أن العجلة الأولى مرقمة من واحد إلى عشرة، والمؤشر مثبت على العشرة. هذه العجلة تمثل كل الأفكار والمشاعر السلبية لديك (وتقوم المعالجة بتدوين الأفكار والمشاعر السلبية التي يحددها العميل واحدة تلو الأخرى، الخوف، القلق، لدي جرائم، لم أغلق الباب وهكذا)، الآن أنت تحاول إنزال هذه الأشياء التي تشعر بها وتفكر فيها للصف، وبالرغم من كل جهودك إلا أن المؤشر عالق في العشرة. فالعجلة تتحرك يمينا وتتحرك يسار لكن المؤشر عالق، وكأنك فقدت السيطرة، ولا يمكنك إنزال هذه الأفكار والمشاعر للصف، ولكن المشكلة ليست هنا، المشكلة في العجلة الثانية (وتشير للعجلة الثانية)، هذه العجلة تمثل إستعدادك للشعور بكل هذه الأمور (ثم تشير إلى القائمة التي وضعها العميل)، إذا كان استعدادك للشعور بالقلق، الخوف، والدخول في إتصال مع الوسواس هو صف، واستعدادك للمشاعر والأفكار السلبية في القمة أي في العشرة، كيف ستكون حياتك؟

العميل: صعبة جدا

المعالجة: أنا أعذك أن هذه المشاعر والأفكار السلبية سوف تتناقص لغاية الصف ولكن بشرط

العميل : ما هو الشرط؟

المعالجة: (تشير إلى العجلة الثانية) كلما زاد استعدادك للشعور وتقبل الأفكار والمشاعر السلبية كلما تناقص المؤشر في العجلة الأولى، أي أن التحكم يكمن في العجلة الثانية وليس الأولى. ولكن لا بد أن تنتبه لأمر مهم؛ إذا كنت غير مستعد لتقبل الأفكار والمشاعر السلبية والشعور بها أو الدخول في إتصال معها (تشير للعجلة الثانية)، فإنك سوف تشعر بها في القمة (وتشير للمؤشر العالق في

العشرة). أما إذا رفعت إستعدادك للشعور بها وسمحت لها بالتواجد، فإنها تتناقص تدريجياً إلى أن تختفي. أما إذا كنت مستعداً للشعور بها من أجل التخلص منها، فإنك ستشعر بها في القمة أي ستفضل عالقة في العشرة.

1-6-5- التقبل والانفتاح وفسح المجال: بعد التطرق لاستعارة المقياسين يصبح للعميل قدرة أكثر لفهم ما يحصل معه، وبالتالي يبدأ في إبداء الرغبة ومحاولة الانفتاح وفسح المجال للأفكار والمشاعر السلبية أن تتواجد دون أن يحاول أن يوقفها، حتى وإن كان يجد نفسه عالقا مرات عديدة في صراع معها ولكن سرعان ما ينتبه ويعيد تنظيم سلوكياته من جديد وإيقاف الصراع النفسي. وهنا يشجع المعالج العميل للانفتاح أكثر ويشرح له أن ما يقوم به هو بداية الطريق للتعامل مع ما يؤرقه وبإمكان المعالج الاستعانة بوسائل عديدة، كأن يسأل العميل ما القصة التي رواها له دماغه، أو تخيل غرفة تضع فيها كل الأفكار والمشاعر السلبية لكي يسمح لها بالتواجد، أو أن يجعل لها مكان داخل قلبه، ثم يتخيل قلبه يكبر لكي يحتوي كل ما يوجد بداخله بحب وانفتاح دون الحكم على الأشياء السلبية وهكذا.

1-6-6- الأفكار والمشاعر الإيجابية مثلها مثل الأفكار والمشاعر السلبية: يتطرق المعالج في هذه المرحلة من العلاج لنوعية الأفكار، ويشرح للعميل أن أفكارنا هي جزء منا سواء كانت إيجابية أم سلبية، فكما يصعب التخلص من الأفكار السلبية الأمر أيضا ينطبق على الأفكار الإيجابية وذلك كون العديد من العملاء يفكرون أنهم إذا تمكنوا من استبدال الفكرة السلبية بفكرة إيجابية سيتخلصون من المعاناة؛ ولكن نحن كبشر لدينا الأفكار الإيجابية والسلبية وهناك العديد من الاستعارات التي يمكن أن تساعد على فهم هذه الجزئية من بينها استعارة الوقوع في الحب.

1-6-6-1- استعارة الوقوع في الحب:

المعالجة: تخيل لو أشرت إلى امرأة غريبة تسير في الطريق وأخبرت أنك لو وقعت في حبها سأعطيك مليون دولاراً.

العميل: يضحك

المعالجة: وبعد مرور 5 أيام قدمت لمكتبي وأخبرتني أنك وقعت في حبها، فأخبرت أنك أنت مزحة وأناي لا أملك مليون دولار، كيف تتصرف لكي تتخلص من مشاعر الحب؟

العميل: (يفكر) صعب

المعالجة: إن أفكارنا ومشاعرنا سلبية كانت أو إيجابية يصعب التخلص منها، وبالتالي فإن تقبلها وفسح المجال لها لكي تتواجد دون محاولة التخلص منها سيكون أسهل بكثير (تشير المعالجة لعجلة الاستعداد).

1-6-6-7- تحديد الأفكار الوسواسية التي سيتم التعرض اليها خلال الأسبوع: يحدد العميل برفقة المعالج الأفكار الوسواسية التي سيتم التعرض لها خلال الأسبوع المقبل، وذلك حسب استعداد العميل مع تطبيق التفريغ المعرفي والاستعداد للشعور مع عدم الإستجابة للأفكار التي تم التعرض لها من قبل.

1-6-6-8- تمرين بين الجلستين (مراقبة الوسواس وتمارين التمييز): يستمر العميل في مراقبة الوسواس من خلال جدول المراقبة مع التركيز على الاستعداد للشعور والقيام بتمارين التمييز.

1-7- الجلسه التاسعه والعاشره (أجندة الجلسه):

- التقييم الوظيفي

- مناقشه رأي العميل في الجلسه الماضيه.

- مناقشه الواجب المنزلي

- استدخال مفهوم الذات كسياق (استعاره السماء)

- استعاره الشطرنج

- استعاره البيت

- استدخال مفهوم التعاطف مع الذات

- تقديم مفهوم فعل الالتزام

- تحديد الأفكار التي سيتم التعرض لها خلال الأسبوع القادم

- التمرين بين الجلستين (مراقبة الوسواس، والاستمرار في تمرين التمييز)

1-7-1- التقييم الوظيفي: كما سبق وأن ذكرنا لا بد من التطرق للأمور التي ليست مركز اهتمام

ولكن قد تؤثر على سيرورة العلاج (أي مشاكل أو صراعات أو صعوبات تعرض لها العميل وأدت إلى

صعوبة التعامل مع الأفكار الوسواسية أو زادت من حدتها، فلا بد من التعامل معها وإيجاد حلول

مناسبة لها).

1-7-2- مناقشة رأي العميل في الجلسه الماضيه: كما سبق وأن ذكرنا لا بد أن يسأل المعالج عن

رأيه في الجلسه الماضيه، ويفسح له المجال لطرح أي أسئلة متعلقه بالماده التي تم التطرق لها خلال

الجلسه العلاجيه الماضيه، وإن كانت هناك أي أمور غامضه يشرحها المعالج للتوضيح أكثر.

1-7-3- مناقشة الواجب المنزلي: مناقشة الواجب المنزلي مع العميل ومتابعة طرق التعرض المستخدمة من طرفه للتأكد أنه يقوم بالتعرض من باب الإنفتاح وفسح المجال، لا من باب التحكم والسيطرة أو رغبة منه للتخلص من الوسواس. ومن الضروري أن يشجع المعالج العميل على مجهوداته، وإن ظهرت أي صعوبات في تطبيق أو انتكاسات يُطمئن المعالج العميل أن هذا الأمر وارد الحدوث، وأن المرونة النفسية هي عبارة عن مهارة نتعلمها من خلال التدريب ولا بأس إن حصلت انتكاسات في بعض المرات، فالمهم هو أن ينتبه العميل لذلك ويتقبل ما حصل بحب وانفتاح، ويركز أكثر ليرفع الوعي الكامل لديه.

1-7-4- استدخال مفهوم الذات كسياق (استعارة السماء): إن مفهوم الذات كسياق من المفاهيم المحورية في العلاج بالتقبل والالتزام، ومن خلاله يقوم المعالج بنقل العميل بشكل مرن مما يساعده على الفصل بين ذاته وبين الأفكار والمشاعر والأحاسيس والذكريات السلبية، فأغلبية الحالات لديها تداخل بين الذات كمحتوى والذات كسياق، ومن خلال التركيز على هذه الجزئية يتمكن العميل من النظر للأعراض التي يعاني منها على أنها أشياء منفصلة عنه ولا تمثل ذاته، فينتقل من مفهوم "أنا مكتئب" مثلا إلى مفهوم آخر وهو "أنا أشعر بالاكئاب". وهناك العديد من الاستعارات والتي بإمكانها مساعدة العميل على استيعاب مفهوم الذات كسياق، ولعل أبسطها لما يمثل المعالج العميل بالسماء، فهذه الاستعارة جميلة جدا وتساعد العميل على استيعاب الفرق بين ذاته كسياق ومحتويات ذاته من مشاعر وأفكار وأحاسيس وذكريات سلبية، ويمكن أن يستخدمها كالتالي:

المعالجة: ما رأيك أن نخرج سويا إلى الشارع وننظر للسماء ونصرخ بقوة "لا نريد سحباً في السماء" ماذا يحصل؟

العميل: لن يحصل شيء

المعالجة: معناها السحب موجودة فوق إرادتنا في سماء

العميل: صحيح

المعالجة: ولكن هل السحب جزء من السماء أم هي تمثل السماء.

العميل: هي جزء

المعالجة: جميل، الآن هناك سحابة بيضاء وبعد قليل ستأتي ريح وتأخذها بعيدا، فهي مثلما تفضلت جزء من السماء ولا تمثل السماء، وبنفس الطريقة الخوف والقلق والحزن والأفكار السلبية هي جزء من حياتنا، أنت تعرفها وأنا أعرفها، ومهما حاولنا التخلص منها هي موجودة رغما عنا ولكنها جزء من حياتنا وليست حياتنا، مثلما السحب جزء من السماء وليست السماء، وسأوضح لك ما سبق أكثر من خلال لعبة الشطرنج.

1-4-7-1- استعارة الشطرنج: تقوم المعالج باستخراج لعبة الشطرنج أمام العميل وتفتحها على

الطاولة.

المعالجة: هل لعبت الشطرنج من قبل؟

العميل: مرات قليلة.

المعالجة: حسنا سألعب أنا وأنت جولة شطرنج، حيث سيمثل الحجر الأسود كل الأفكار والمشاعر والذكريات والأحاسيس السلبية، أما الحجر الأبيض فسيمثل كل الأفكار والمشاعر والأحاسيس والذكريات الإيجابية.

العميل: حسنا

المعالجة: لو كنت أنت أحد المتفرجين، أي حجر تريده ان يربح هذه اللعبة؟

العميل: الأبيض طبعاً

المعالجة: الآن بدأت الجولة، هذا الحجر الأسود يمثل الخوف، وهذا يمثل القلق، وهذا يمثل الوسواس. يمكنك أن تأخذ هذا الحجر الأبيض الذي يمثل "عائلتي تحبني" وتضرب به بقوة الحجر الذي يمثل القلق، والحجر الأبيض الثاني "يمثل أنا ناجح" تضرب به الخوف، وهكذا ويمكنك أيضاً الاستعانة بالملكة البيضاء فهي قوية جداً لتساعدك على ضرب الحجر الأسود.

العميل: نعم

المعالجة: لكن هذا الأمر سيدخلك في صراع، أي محاولة التخلص من الحجر الأسود.

العميل: يهز رأسه.

المعالجة: الآن أريد أن أطرح عليك سؤالاً، لو أنك لا تمثل الحجر الأبيض ولا الحجر الأسود ولا اللاعبين ولا الجمهور ولا الحكم، من تكون في هذه اللعبة؟

العميل: لوحة الشطرنج؟

المعالجة: ممتاز، أنت اللوحة لو كنت اللوحة هل يفرق معك من يريح هذه الجولة.

العميل: لا

المعالجة: اليوم الحجر الأسود، وغداً الحجر الأبيض وهكذا، ما عدد الجولات التي يمكن أن تشاهدها فوقك لو كنت لوحة شطرنج؟

العميل: عدد لا متناهي

المعالجة: ممتاز. الآن قررنا أن نرمي عدد من الحجارة السوداء (الخوف، القلق، الوسواس)، هل أنت مستعد لتلعب معي لعبة الشطرنج بعدد حجارة أقل.

العميل: لا سأخسر.

المعالجة: ما رأيك الآن أن نرمي كل الحجار، بماذا ستفعلنا لوحة الشطرنج، يمكن أن أستخدمها لأقدم لك بها الشاي، أو أن أستخدمها كلوحة أعلقها على الحائط، ولكن هل قامت لوحة الشطرنج بدورها كلوحة شطرنج.

العميل: لا

المعالجة: بالتالي لا يمكننا التخلص من أي حجر، ووظيفتك كلوحة شطرنج هي إعطاء المساحة لهذه الحجار أن تتحرك بحرية.

العميل: حسنا

المعالجة: ممتاز، إبق إذن على نفس مستوى التفكير، وركز معي في هذه الفكرة.

1-7-4-2- استعارة البيت: يقوم المعالج باستخراج ورقة بيضاء وقلم، ويضعها على الطاولة ويرسم عليها بيتا.

المعالجة: كنت لوحة الشطرنج، الآن أنت هذا البيت (ترسم بيت على الورقة)، لو كنت أنت هذا البيت هل يفرق معك من يسكن داخل البيت؟

العميل: يعني أنا الجدران؟

المعالجة: نعم أنت البيت تمثل الجماد، ماذا يعني لك لو تسكن بداخلك عائلة كبيرة؟ هناك صراخ يتصارعون اليوم، وغدا هم متحابون ويشاهدون التلفاز.

هل يعني لك نوعية الأثاث الموجودة؟

العميل: لا

المعالجة: العائلة قررت أن تنتقل ويحلّ بدلا عنها زوجين تزوجا حديثا، هل يعني لك الأمر شيئا.

العميل: لا

المعالجة: الوظيفة الأساسية للبيت هي إعطاء المساحة لهذه الأشياء لتكون بداخله ولا يهم نوعيتها،

فسواء كنت لوحة شطرنج أو كنت بيتا وظيفته إعطاء المساحة لكل الأشياء السلبية أن تكون فقط، لا

يجب أن تؤثر فيك لأنها ليست أنت هي جزء منك فقط، فكلما استطعت أن تنظر لكل الأشياء التي

ترجعك على أنها أشياء موجودة بداخلك، وهذا هو مفهوم الأنا كسياق، أي أنها جزء منك ولكن لا

تمتلك. بمعنى آخر لست أنت الأفكار والمشاعر والأحاسيس والذكريات السلبية هي فقط جزء منك.

1-7-5- استذخال مفهوم التعاطف مع الذات: عادة ما يعامل العميل ذاته بقسوة شديدة، وذلك

بسبب الاندماج المعرفي والقصة التي يقصها عليه دماغه. وعليه فإن كل من التفرغ المعرفي،

والتقبل، وإدراك مفهوم الذات كسياق، وتنمية الذات الملاحظة لدى العميل ستساعده للتصالح مع ذاته

ومع الخبرة الداخلية بشكل تدريجي، أي لا بد من مساعدة العميل للتدرب على التعاطف الذاتي وعدم

الحكم بقسوة على ذاته ونعتها بمختلف المصطلحات السلبية، لأن ما يحصل معه شيء إنساني وأغلبية

الناس في نفس وضعيته سيستجيبون بنفس الأسلوب تقريبا. يقوم المعالج بمساعدته على تقبل أخطائه

واحتوائها، ويمكن للمعالج أن يصيغ ذلك بالشكل التالي:

تخيل أن خبرتك الداخلية غير المريحة هي عبارة عن طفل صغير في حالة هلع، وهذا الطفل اصطدم

بك وهو يركض ويحمل معه الخوف والقلق والأسى، كما يمكن أن يكون هذا الطفل متسحا ورائحته

سيئة جدا وشاحب الوجه، والسؤال المطروح:

كيف ستستقبل هذا الطفل؟ هل ستفتح له ذراعيك وتحتويه وتهدئه وتخبره أن الأمور ستكون بخير؟ أم أنك ستصرخ في وجهه وتحاول معرفة لماذا ملابسه متسخة ورائحته سيئة، ولماذا هو في حالة قلق وهلع؟ كيف ستكون ردة فعلك؟

وهنا للمعالج عدة خيارات في توضيح ما تقدم به، مثلاً يمكنه أن يشرح للعميل أن هذا الطفل الصغير يمثل ذاتك وهي في محنة ومن ثم يستخدم استعارة القطة بالشكل التالي:

المعالجة: هل هناك فرق كبير بين السلوك الإنساني والحيواني، فمثلاً القطة الأم عندما تتجب قططاً صغيرة، وإحدى هذه القطط ضيقت طريقها، ولأنها صغيرة وعيناها مغمضتين فهي لا تعرف كيف ترجع للمكان الذي تتواجد فيه أمها وإخوتها، فتبدأ في إصدار أصوات تسمح لأمها بالعثور عليها، وعندما تجدها القطة الأم تحملها من رقبته، وهذا المكان لا يؤلم القطة، ثم ترجعها إلى مكان تواجدها، وعند وضعها مع أخواتها تقوم بلحسها كي تهدأ. أما السلوك الإنساني فهو يختلف تماماً، فالأم إن دخلت ووجدت ابنها يضع أصابعه في وصلة الكهرباء فأول ردة فعل لها تكون الصراخ عليه، وبعدها يمكن أن تلجأ للتعنيف أو الضرب. فكيف تريد أن تعامل ذاتك لحظة المحن، هل تحتويها وتهدهئها مثلما فعلت القطة الأم؟ أم تصرخ في وجهها وتؤنبها بشدة مثلما فعلت الأم الإنسانية؟

من خلال هذه الاستعارة يمكن للمعالج استنباط مدى إستعداد العميل لإحتواء مشاعره السلبية وآلامه، وأن تبين للعميل أنه قاس جداً مع ذاته، ولا بد أن يحاول المعالج معرفة أسباب هذا السلوك، ومن أين تعلمه، ويمكن الرجوع للمصفوفة لتسهيل ذلك. والمرحلة التي تليها تكون مرحلة الإنفتاح والاحتواء، ويمكن للمعالج أن يتطرق لها من خلال تمرين الاسترخاء مع العمل على مستوى الخيال.

المعالجة: حاول أن تجلس في وضعية مريحة، وأن تتتبع حركة الهواء وهو يدخل من الأنف إلى الرئتين ويخرج منهما عن طريق الفم. اترك تركيزك على حركة البطن والصدر عند دخول وخروج الهواء (فاصل)، حاول الآن أن تستدعي ذكرى أليمة حدثت لك في الماضي وأخبرني بها.

العميل: تعرضت للضرب من طرف تلاميذ المدرسة

المعالجة: كم كنت تبلغ من العمر؟

العميل: 11 سنة

المعالجة: ممكن أن تصف لي ما حصل من حولك

العميل: كان التلاميذ يتعرضون لي باستمرار، وفي ذلك اليوم قاموا بخلع حذائي ورموه على الأرض، وضربوني بشدة ولما. وعندما عدت إلى البيت وحاولت إخبار أمي وبختني، وبعنتني بشتى أنواع الشتائم، وقالت أنني من المؤكد عملت شيء لهم.

المعالجة: أظن أن الأمر كان مؤلماً جداً

العميل: (يبكي بحرقة) إن تعامل أمي كان أسوأ بكثير، كانت قاسية جداً، كل ما كنت أحتاج له هو أن تأخذني في حضنها، لكنها كانت تصدني باستمرار وتقول إن الخطأ خطئي.

المعالجة: وما رأيك أنت؟ هل كان خطئك؟

العميل: لطالما فكرت أنه خطئي، وأنه بسبب غيابي تعرضت لكل ذلك.

المعالجة: حسناً. هل يمكن أن ترجع الآن، وتحاول أن تساعد الطفل الصغير بداخلك عندما رجع ذلك اليوم للبيت.

العميل: لا أدري سأحاول

المعالجة: ماذا تظنين أن هذا الطفل الصغير يحتاجه في تلك اللحظة؟

العميل: أن أحتضنه، وأقول له أنه ليس خطأه، وأن الأمور ستكون بخير.

المعالجة: ماذا فعل الطفل الصغير.

العميل: إنه يبكي بحضني.

المعالجة: وماذا تريد منه أن يقول لك هو الآخر؟

العميل: أريده أن يخبرني أن الأمور بخير، وأني سأتحسن.

المعالجة: وهل فعل؟

العميل: نعم، إنني أحس بالراحة.

وبهذا الشكل يمكن للمعالج أن يساعد عميله في احتواء معاناته وتقبلها، بدل من الحكم على ذاته بقسوة وشدة.

1-7-6- تقديم مفهوم فعل الالتزام: ونقصد بها مختلف السلوكيات التي تقربنا من ما هو مهم بالنسبة لنا في الحياة، وهذه السلوكيات لا بد أن تكون عن وعي كامل. فمثلا عندما يقرر العميل عدم الاستجابة لوسواس معين؛ لا يجب أن يكون ذلك بهدف التخلص من الوسواس، بل لا بد أن يكون من مبدأ ارتفاع الوعي على أن هذه الفكرة مجرد فكرة وسواسية (وهذا ما يحصل في التعرض)، لأن التعرض في العلاج بالتقبل والالتزام يختلف تماما عن التعرض في العلاج المعرفي السلوكي، فالتعرض في العلاج المعرفي السلوكي يهدف للتخلص من الأعراض الوسواسية، أما في العلاج بالتقبل والالتزام يهدف لرفع وعي العميل بالفكرة الوسواسية والتعامل معها على أنها مجرد فكرة، ومن ثم نقل التركيز إلى اللحظة الحالية والقيام بما هو مهم، وذلك بغض النظر عن نوعية الحالة النفسية

أو المعاناة أو نوعية الأفكار، ففعل الالتزام يعني بالدرجة الأولى التركيز على ما هو مهم والقيام بسلوكيات تقربنا من قيمنا، بدل الصراع ومحاولة التحكم والسيطرة على الأفكار والمشاعر السلبية.

1-7-7- تحديد الأفكار التي سيتم التعرض لها خلال الأسبوع القادم: بنفس الطريقة السابقة الذكر يقوم العميل بمساعدة المعالج بتحديد الأفكار التي سيتعرض لها وذلك حسب استعداده، ويذكر المعالج العميل أن الهدف الأساسي من التعرض هو رفع الوعي الكامل والتقبل وزيادة السلوكيات الالتزامية (أي التركيز على هنا والآن وذلك مهما كان المعاش النفسي)

8- التمرين بين الجلستين (مراقبة الوسواس، والاستمرار في تمرين التمييز): يقوم المعالج بتقديم الواجب المنزلي ككل أسبوع: مراقبة الوسواس القهري باستخدام جدول المراقبة التعرض للأفكار الوسواسية التي تم تحديدها، الالتزام بما هو مهم مهما كانت الحالة النفسية والقيام بتمرين التمييز.

8-1- الجلسة الحادية عشر والثانية عشر (أجندة الجلسة):

- 1- التقييم الوظيفي.
- 2- مناقشة رأي العميل في الجلسة الماضية.
- 3- مناقشة الواجب المنزلي.
- 4- استدخال مفهوم القيم وموازنتها.
- 5- التأكد من أنه تم التعرض لكل الأفكار الوسواسية.
- 6- تعزيز سلوكيات الالتزام ومنع الانتكاس (البرمجة الدماغية).
- 7- فسح المجال أمام العميل للتعبير عن خبرته مع هذا العلاج ومناقشة أي أمر عالق.
- 8- إنهاء البرنامج العلاجي وفتح الجلسات (متابعة الحالة بعد 3 اشهر من إنتهاء العلاج).

الجلسة الحادية عشر والثانية عشر (أجندة الجلسة):

8-1-1- التقييم الوظيفي: بنفس الطريقة السابقة الذكر، لا بد للمعالج أن يتطرق لكل الأمور التي حصلت خارج الجلسة العلاجية والتي ليس لها علاقة مباشرة بالبرنامج العلاجي، ولكن يمكن أن تؤثر بشكل أو بآخر على العلاج.

8-1-2- مناقشة رأي العميل في الجلسة الماضية: من الضروري كذلك سؤال المريض عن رأيه في الجلسة الماضية، لأن ذلك يفسح مجالاً أمام المعالج لالتقاط أي مشاعر سلبية تجاهه أو تجاه البرنامج العلاجي، وبالتالي يمكن أن يتعامل مع الموضوع قبل أن يتفاقم، كذلك بإمكانه أن يستشف أي إبهام لدى العميل فيما يخص البرنامج العلاجي أو الاضطراب الذي يعاني منه.

8-1-3- مناقشة الواجب المنزلي: يقوم المعالج بمناقشة الواجب المنزلي مع العميل، ويحدد ما تم القيام به وما لم يتم، وهل هناك مقاومة للأفكار أو أي ردود فعل تجنبية أو تحكم وسيطرة من طرف العميل. كذلك التأكد أن العميل يقوم بتعرض من منطلق رفع الوعي وليس التخلص من الوسواس، وإن كان عكس ذلك لا بد من تنبيه العميل أن هذه النتائج التي تحصل عليها وأدت إلى اختفاء الوسواس هي بمثابة هدية ثانوية وليست هدفاً في حد ذاتها، ولو استمر في محاولة التخلص من الوسواس باستخدام تمارين التفريغ المعرفي فالنتيجة سوف تكون سلبية سيأخذ العلاج منحى مختلفاً، لأن الهدف من العلاج هو رفع المرونة النفسية والوعي الكامل وليس التخلص من الوسواس.

8-1-4- استدخال مفهوم القيم وموازنتها: في هذه المرحلة من العلاج يقوم المعالج باستدخال مفهوم القيم وتوضيحها أكثر، لأن الهدف الأساسي من العلاج بالتقبل والالتزام هو نقل العميل لكي يعيش في اللحظة الحالية وذلك ضمن ما هو مهم بالنسبة له في الحياة، عوض الصراع المتواصل مع الأفكار والمشاعر السلبية سواء تعلقت بالماضي أو إنها أفكار ومخاوف تتعلق بالمستقبل. ويقوم

المعالج برفقة العميل على موازنة قيمه وذلك من خلال ورقة القيم، حيث يسأل المعالج العميل أي قيمة من بين القيم الأساسية الموجودة بالورقة يرغب بموازنتها أولاً وهذه القيم هي: العلاقة مع الله، العلاقة الحميمة، العلاقة مع الأولاد، العمل، التعليم، الأصدقاء، الحياة الاجتماعية، الصحة والرعاية الصحية، العائلة المباشرة، البيئة والمجتمع، السفريات والترفيه. وتعتبر موازنة القيم عنصراً أساسياً في العلاج حيث تساعد العميل على تحسين سلوكياته اتجاه قيمه وذلك مهما كانت شدة الأفكار والمشاعر السلبية، ولا بد للمعالج أن يشرح للعميل أن هناك فرق بين الهدف والقيمة ويمكنه استخدام الصيغة التالية:

المعالجة: هناك فرق كبير بين القيمة والهدف، فالهدف هو شيء نقوم به وينتهي لما نحققه أما القيمة فهي أكبر بكثير وهي التي تدفعنا للقيام بالعديد من الأهداف. فمثلاً لما قررت أن تتجنب الأولاد، تزوجت وأنجبت، وهذا يعتبر هدفاً، أما دورك كأب فهو لا ينتهي نهائياً مهما حصل إلى آخر يوم في حياتك، ومن غير المقبول في يوم من الأيام أن تقول: "أنا أطعمت ابني، ودرسته، واهتممت به، ودوري انتهى، وانتهت علاقتي به" فهذا الكلام غير مقبول، فالقيمة لا تنتهي أبداً. نفس الشيء بالنسبة لعلاقتك بالله، فالصلاة والزكاة والصوم هي أهداف أما القيمة فهي العلاقة مع الله، وب نفس الطريقة لا ينفع أن تدخل هذا المكتب وتخبرني أنك صليت وصمت وقمت بالحج وكل الشرائع الإسلامية وأن علاقتك بالله قد انتهت، لأنها شيء لا ينتهي وهي مستمرة إلى آخر لحظة في حياتك وهذه هي القيمة.

وبعد هذا التوضيح يقوم المعالج بمباشرة الموازنة بالشكل التالي:

المعالجة: أود أن نبدأ اليوم في موازنة القيم فهي أمر ضروري وأساسي في العلاج.

العميل: حسناً.

المعالجة: (تقدم له ورقة القيم)، هذا أنت بالوسط (تشير للرجل وسط الورقة) وهذه مختلف قيمك، سنحاول اليوم البدء في موازنة قيمك، بأي واحدة ترغب بالبدء.

العميل: نبدأ بالعمل.

المعالجة: حسنا، ما أهمية هذه القيمة بالنسبة لك لو حاولت أن تقيس ذلك في سلم من 1 إلى 10

العميل: عشرة.

المعالجة: ممتاز ولكن كيف تتمنى أن تكون من ناحية المثالية في عملك؟

العميل: (يفكر).

المعالجة: سأساعدك قليلا، تخيل الآن أنه عيد ميلادك الخمسين وزملاءك بالعمل حضّروا لك مفاجئة، وأحد زملائك سيقول كلمة في حقك، ماذا تريده أن يقول عنك من ناحية العمل؟ وما هي الفكرة التي ترغب في تركها في ذهن زملائك؟

العميل: مثابر، مبدع، يحب عمله وله إنجازات، علاقته بالزملاء ممتازة (صمت)

المعالجة: ماذا غير ذلك؟

العميل: أحدث تغييرا بالمؤسسة ولديه أفكار عملية وفعالة، فقط.

المعالجة: ممتاز. الآن أريدك أن تخبرني تقييمك من واحد إلى عشرة كم ترى نفسك مقارنة بما تتمنى أن تكون؟

العميل: أربعة (يضحك).

المعالجة: ما هي الأسباب التي حالت دون أن تكون مثلما تتمنى وترغب

العميل: الكسل، الوسواس، مكتئب أغلبية الوقت بالتالي ليس لدي القدرة على التركيز

إعداد الطالبة الباحثة: إيمان بوقفة

المعالجة: هل من الممكن أن تفسح المجال أمام هذه الأفكار والمشاعر السلبية أن تتواجد معك، بأن تجعل لها غرفة صغيرة تسمح لها بالبقاء بداخلها، وفي نفس الوقت تعطيني خطة لكي تصبح كما تتمنى ما الذي عليك القيام به؟

العميل: حسنا لا بد أن أذهب للعمل مهما حصل، ولا أحاول التهرب من العمل مهما شعرت بمشاعر سلبية.

المعالجة: ماذا أيضا؟

العميل: سأحاول دخول دورات تدريبية لكي أطور من مهاراتي أكثر، كما يمكن أن أبدأ في اقتراح بعض الأفكار على مديري.

المعالجة: ممتاز، أريدك أيضا أن تركز على علاقاتك مع زملائك.

العميل: نعم.

المعالجة: متى تبدأ في تطبيق الخطة؟

العميل: من يوم غد.

المعالجة: ممتاز.

وبهذا الشكل يقوم المعالج بموازنة مختلف قيم العميل وتوجيه العميل للتركيز أكثر على السلوكيات التي تخدم قيمه، وتذكره مجددا بضرورة العيش ضمن قيمه مهما كانت الأمور صعبة، لأنه هو الذي يعطي معنى للحياة، وكلما زادت سلوكياتنا الالتزامية ناحية ما هو مهم؛ أصبح من السهل علينا التعامل مع الأفكار والمشاعر والأحاسيس السلبية التي تؤرقنا وبالتالي عيش حياة عميقة وذات معنى.

8-1-5- التأكيد من أنه تم التعرض لكل الأفكار الوسواسية: لا بد أن يتأكد المعالج أنه تطرق إلى كافة أفكار العميل الوسواسية، كما يشجع المعالج العميل لكي لا يدعم وساوس جديدة، من خلال مهارة الملاحظة التي تمت عنده خلال جلسات العلاج. وفي حالة وجود أي غموض والتباس لا بد للمعالج أن يعالجه ويتعامل معه في الجلسة مباشرة، أو يشجع العميل على القيام بذلك بين جلسات العلاج النفسي.

8-1-6- تعزيز سلوكيات الالتزام ومنع الإنكاس: في هذه المرحلة من العلاج يشجع المعالج العميل صراحة لعدم الاستجابة لأفكاره الوسواسية وعدم القيام بأي سلوك تدعيمي، سواء فيما يتعلق بالأفكار القديمة أو ظهور أي فكرة وسواسية جديدة، وذلك بالحديث مع دماغه مثلا بالشكل التالي: "شكرا لك يا دماغي على هذه الأفكار؛ ولكنني لست مهتما لما تقوله وليس لدي الوقت للعب معك الآن لدي أشياء أهم بكثير"، أو بالشكل التالي: "شكرا سيد ماشا؛ أنا لست مهتما لما تقوله ولا أريد أن أشتري منك أي فكرة، شكرا". وبهذا يكون للمعالج والعميل الحرية في اختيار أي أسلوب مضحك أو استهزائي للتعامل مع الأفكار الوسواسية، وعدم الاستجابة بالسلوك القهري.

كما يمكن للمعالج أن يتطرق لذلك من خلال التوضيح للعميل أن الأمر يتعلق ببرمجة الدماغ، وأن برمجة الدماغ تختلف عن البرمجة في الكمبيوتر، ويمكنه قول شيء مثل:

المعالجة: هل تعرف أن برمجة الدماغ هي تشبه البرمجة في الكمبيوتر وتختلف عنها في نفس الوقت.
العميل: كيف ذلك؟

المعالجة: لنفترض أنك تمتلك جهاز كمبيوتر وقمت بوضع برنامج خاص بهذا الكمبيوتر واستخدمته لفترة من الزمن، ثم قررت عدم استخدام هذا الكمبيوتر لنقل لمدة سنة، ثم قررت استخدامه من جديد

ووجدت أنه يعمل من دون إشكال، هل تظن أن البرنامج الذي كنت بصدد استخدامه لا يزال يعمل بنفس الفعالية أم أنه فقد فعاليته بمرور الوقت؟

العميل: لو الكمبيوتر يعمل بدون أي مشكلة، أتوقع أن البرنامج أيضا سيعمل بنفس الفعالية.

المعالجة: ممتاز. وهذا ما يميز البرمجة في الكمبيوتر عن البرمجة في الدماغ وسنفهم ذلك من خلال هذا المثال:

أريد منك أن تتذكر الأرقام الثلاثة (1-2-3)، لو تذكرت هذه الأرقام سوف أعطيك 1 ملون دولار.

هل حفظت الأرقام؟

العميل: نعم.

المعالجة: ما هي هذه الأرقام؟

العميل: (1-2-3).

المعالجة: لقد قمت ببرمجة في دماغك حيث ربطت لك الجلسة العلاجية وشخصي والمليون دولار بالأرقام الثلاثة.

ولنفترض أنني طلبت منك الآن أن تركز على أرقام مختلفة مثل: (6-7-8)، كأن أقول لك أنه يحتمل أن الأرقام (6-7-8) أفضل من (1-2-3)، وكلما زاد تركيزي على (6-7-8) كلما زاد تذكر الأرقام الجديدة، وفقدت الأرقام الأولى أثرها، ولكنها فقط تضعف لأنها سوف تستمر بخلفية دماغك في مكان ما ومتى ما ركزت ركزت ازدادت قوة وكبرت من جديد. وهذا الاختلاف لأن البرمجة في الكمبيوتر تبقى بنفس الفعالية، والبرمجة في الدماغ تتقوى وتضعف؛ كما يمكن التخلص من برنامج في الكمبيوتر من خلال زر الحذف ولكن لا نملك هذا الزر في دماغنا، هل هذا واضح؟

العميل: نعم فهمت.

المعالجة: ولآن لنقل أن (1-2-3) تمثل استجابتك القديمة للأفكار الوسواسية والتي تهدف أساسا للتخلص من الفكرة الوسواسية، وأما (6-7-8) تمثل الإستجابة الجديدة التي تدربت عليها من خلال جلسات العلاج والمتمثلة في الانفتاح وفسح المجال والتقبل. فكلما ظهرت الأفكار الوسواسية واستجبت لها بـ(6-7-8) تقوّت الاستجابة الجديدة، ولكن في أي وقت رجعت للسلوكيات القديمة لحظة ظهور الأفكار الوسواسية هنا قمت بتقوية الوسواس. وهذا الأمر يجعلنا نقول أن مشكلة الانتكاسة مرتبطة أساسا بقرارك وأي سلوك ستسلكه أثناء ظهور أي فكرة وسواسية.

8-1-7- فسخ المجال أمام العميل للتعبير عن خبرته مع هذا العلاج ومناقشة أي أمر عالق:

هنا يفتح المعالج المجال لكي يعطيه تغذية راجعة عن الأسلوب العلاجي وكيف كانت خبرته مع هذا النوع من العلاج، وهل تمكن العلاج من تحسين حياته وجعلها ذات معنى كونه الهدف الأساسي للعلاج بالتقبل والالتزام، بالإضافة إلى مناقشة أي أمور عالقة لم يتم التطرق لها ورغب العميل في التطرق لها، فلا بد للمعالج أن يفسح أمامه المجال للإفصاح عما بداخله.

8-1-8- إنهاء البرنامج العلاجي وفتح الجلسات (متابعة الحالة بعد 3 أشهر من انتهاء العلاج):

هنا يقوم المعالج بشكر العميل على الثقة التي وضعها فيه والسماح له بمشاركة الكثير من أموره الشخصية ومرافقته في هذه الخبرة الغنية بالنسبة للطرفين، كما يقوم بفتح جلسات العلاج ويخبر العميل أنه بإمكانه التواصل معه في أي وقت إن شعر بالحاجة لذلك، كما أنه يحتاج للاطمئنان عليه بعد ثلاثة أشهر.

الملاحق

الملحق رقم -2-

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

République Algérienne Démocratique et populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieure

Et de La Recherche Scientifique

Université – BATNA 01-

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Vice doyen de post-graduation et de la
recherche scientifique et des relations
extérieures



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة - باتنة 01-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

نيابة العمادة لما بعد التدرج و البحث العلمي
والعلاقات الخارجية

رقم: 2016/6.أ.

الموضوع: ترخيص للقيام بدراسة ميدانية

في إطار التكوين في الدكتوراه والتحضير لانجاز الأطروحة يسمح للطلبة:

بوقفه إيمان المسجلة في السنة الثانية فرع علم النفس ، تخصص علم النفس العيادي ، عنوان

الأطروحة " فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من أعراض الوسواس القهري" بالقيام

بدراسة ميدانية في دولة الجزائر ودولة الإمارات لانجاز البحث.

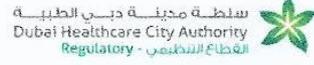
باتنة 2016/04/19

نائب العميد

نائب عميد كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
لمابعد التدرج والبحث العلمي والعلاقات الخارجية
جامعة باتنة 01

بن بوشوش أحمد عبد الحفيظ





July 4th, 2018

Ms. Imane Bougueffa
Priory Wellbeing Center
Dubai Healthcare City, Dubai

Dear Ms. Imane,

Study Title: The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to decrease OCD Symptoms

Protocol Short Name: Priory-01 ACT

Decision –Approval

Further to your submission of final documents on 4th of July, 2018 to progress confirmation of Dubai Healthcare City Authority – Regulatory (DHCR) ethical approval for the above-mentioned study and after responding to the REC comments and concerns, I am pleased to inform you that the study has been fully approved, and so you may proceed with the project.

General Conditions/Guidelines:

1. It is expected that all conditionally approved or approved research projects start within 6 months of the date of the REC letter. If you were not able to start the study within this timeframe, you will be required to resubmit your application or justify the reasons.
2. For monitoring purposes, representatives of the DHCR Research Office can come for a site visit at any time.
3. You should notify DHCR should you deviate or make changes to the approved submission protocol and request an amendment to the application.
4. You must alert DHCR if significant incidents/developments occur as the study progresses, in relation to the safety of the individuals enrolled in the study.
5. Notification of any serious breaches of the protocol should be made in writing to DHCR within 15 days.

6. Study termination i) in case of premature termination of the study, DHCR must be notified within 30 days of termination. ii) in case of a planned termination/end of the study, DHCR must be notified within 60 days of its conclusion.
7. Submit an Annual progress report and a final report to the DHCR Research Office.
8. Please note failure to comply with clauses 7, 8 and 9 may result in suspension.
9. You undertake full responsibility in respect of ensuring the ethical and scientific quality, health and safety, confidentiality and financial probity of this protocol.

The approval is valid in the following organization:

Priory Wellbeing Center – Dubai Healthcare City, Dubai

Statement of Compliance

DHCR is authorized to conduct ethical review of research studies and is constituted in accordance with Research Governance Arrangements and is fully compliant with regulations, conditions and principles of good clinical practice.

Please feel free to contact the DHCR research team research@dhcr.gov.ae if you have any further queries.

Kind Regards



Dr Ahmed Al Marzouqi

Chairperson

DHCR Research Ethics Committee

الملاحق

ملحق رقم -4-

استبيان التقبل والفعل – النسخة الثانية (AAQ-II) (النسخة العربية)

ترجمة الطالبة الباحثة: إيمان بوقفة

ستجد أسفله لائحة من العبارات، الرجاء تحديد مدى صحة كل من هذه العبارات بالنسبة لك من خلال وضع دائرة حول الرقم المناسب.
استخدم السلم الرقمي المبين أدناه.

7	6	5	4	3	2	1
دائما صحيح	صحيح في معظم الأحيان	صحيح عادة	صحيح في بعض الأحيان	نادرا ما يكون صحيحا	نادرا جدا ما يكون صحيحا	ليس صحيحا

7	6	5	4	3	2	1	العبارات
							1- تجاربي وذكرياتي المؤلمة تجعل من الصعوبة علي أن أحيا حياة أقدرها
							2- أخاف من مشاعري
							3- أقلق أنني قد لا أستطيع التحكم في مشاعري ومخاوفي
							4- ذكرياتي المؤلمة تمنعني من أن اعيش حياة مرضية
							5- العواطف تسبب لي المشاكل في حياتي
							6- يبدو لي أن معظم الناس يديرون حياتهم بصورة أفضل مني
							7- المخاوف تعيق نجاحي

الملاحق

الملحق رقم-5-

قائمة الوعي الكامل لفريبورغ (النسخة العربية)

ترجمة الطالبة الباحثة: إيمان بوقفة

الغرض من هذا المقياس هو تحديد خبرتك مع الوعي الكامل (وهو أن يكون الشخص في حالة إدراك بما يقوم به في لحظة القيام به). حاول من فضلك أن تعتمد على خبرتك في الأسبوع الماضي للإجابة على بنود المقياس.

- حاول أن تقدم إجابة على كل بند بأحسن ما يمكن.
- حاول كذلك أن تكون صريحا و عفويا قدر المستطاع.
- لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة، كما لا توجد إجابات جيدة وأخرى سيئة، أهم شئ لدينا هو خبرتك الذاتية.

تقريبا دائما (4)	في كثير من الأحيان (3)	أحيانا (2)	نادرا (1)	
				1/ أنا مستعد لأعيش اللحظة الحاضرة
				2/ أشعر بجسدي سواء كنت أكل أو أطبخ أو أنظف أو أتحدث
				3/ عندما أنتبه لشروء ذهني أعود برفق للحظة الحاضرة
				4/ عندي القدرة على تقدير ذاتي
				5/ أولي اهتمامي إلى ما تعنيه تصرفاتي
				6/ أرى أخطائي وصعوباتي من غير الحكم عليها
				7/ أشعر بأنني متصل بتجربتي في اللحظة الحاضرة
				8/ أتقبل التجارب المزعجة
				9/ لا أقس على نفسي عندما تسوء الأمور
				10/ ألاحظ مشاعري دون أن أضيع وسطها
				11/ في المواقف الصعبة أستطيع التأمي بدون رد فعل فوري
				12/ أختبر لحظات من الأمن والسلام الداخلي حتى وإن كانت الأمور شاقّة وعصبية
				13/ أنا غير صبور مع نفسي ومع الآخرين
				14/ أستطيع أن أبتسم حين ألاحظ كيف أني أعقد حياتي في بعض الأحيان

الملاحق

الملحق رقم -6-

استبيان مدى تصديق أفكار ومشاعر القلق

ترجمة الطالبة الباحثة: إيمان بوقفة

تخيل أنه قد راودتك الأفكار التالية الآن، إلى أي درجة ستصدقها أو تؤمن بها؟ من فضلك استخدم المقياس التالي، وضع دائرة على رقم من 1 إلى 7 وذلك حسب درجة تصديقك للفكرة.

المقياس

7 6 5 4 3 2 1
أصدق هذه الفكرة على الإطلاق لا أصدق هذه الفكرة تماما

7 6 5 4 3 2 1	1. يجب أن أتحكم في قلقي وخوفي كي أحصل على الحياة التي أريدها
7 6 5 4 3 2 1	2. ليس بالجميل أن أبدو عصبيا وهذا الأمر يسبب لي المعاناة
7 6 5 4 3 2 1	3. ليس بإمكانني أن أفعل الأشياء التي أريدها عندما أكون قلق وخائف
7 6 5 4 3 2 1	4. يجب علي أن أبقى متحكما في عواطفني
7 6 5 4 3 2 1	5. لو كنت كباقي الناس لاستطعت التحكم في مشاعري وأفكاري القلقة
7 6 5 4 3 2 1	6. أفكاري ومشاعري القلقة مشكلة
7 6 5 4 3 2 1	7. من المؤكد أن أشعر بالحرج وأبدو كالأبله عندما يلاحظ الآخرون كم انا متوتر ومرتجف
7 6 5 4 3 2 1	8. إن الأحاسيس الجسدية غير العادية مخيفة ولا بد أن أقوم بعمل أي شئ للتخفيف منها أو إيقافها قبل القيام بأي عمل اخر.
7 6 5 4 3 2 1	9. مشاعري وأفكاري القلقة غير طبيعية
7 6 5 4 3 2 1	10. فحص جسدي بحثا عن علامات أو أعراض القلق شيء مهم لكي أكون بأمان
7 6 5 4 3 2 1	11. عندما أكون قلق جدا أو خائف فإن هناك احتمال كبير أني أحتضر
7 6 5 4 3 2 1	12. قد أفقد السيطرة على نفسي عندما أشعر أني قلق أو خائف
7 6 5 4 3 2 1	13. لا بد أن أقوم بشيء ما حيال قلقي وخوفي عند ظهورهما
7 6 5 4 3 2 1	14. عندما تظهر لدي أفكار المزعجة لا بد أن أدفعها خارج ذهني
7 6 5 4 3 2 1	15. عندما أشعر بالسوء لا بد أن أحارب هذا الشعور لكي يذهب بعيدا
7 6 5 4 3 2 1	16. سعادتي ونجاحي يعتمدان على شعوري

الملاحق

الملحق رقم -7-



www.cbtarabia.com

مقياس ييل براون للوسواس القهري Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

اسم المريض: رقم الملف: التاريخ:

رجاءً .. ضع علامة (✓) على يمين الجملة التي توضح معدل حدوث كل بند خلال السبعة أيام الماضية بما فيها وقت هذه الجلسة.

1- مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية

0	لا شيء	<input type="checkbox"/>
1	أقل من ساعة في اليوم ، أو تتكرر أحياناً (بمعدل 8 مرات فأقل يومياً)	<input type="checkbox"/>
2	من ساعة إلى 3 ساعات في اليوم، أو تتكرر كثيراً (أكثر من 8 مرات في اليوم لكن معظم ساعات اليوم خالية من الأفكار الوسواسية).	<input type="checkbox"/>
3	من 3 إلى 8 ساعات في اليوم ، أو تحدث كثيراً جداً (تحدث أكثر من 8 مرات في اليوم وفي معظم ساعات اليوم)	<input type="checkbox"/>
4	أكثر من 8 ساعات في اليوم ، أو تحدث بشكل دائم (أكثر من تحملها ونادراً ما ماتم ساعة بدون وساوس كثيرة)	<input type="checkbox"/>

2- مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشاطاتك الاجتماعية والعملية.

0	لا يوجد	<input type="checkbox"/>
1	تعارض خفيف مع النشاطات الاجتماعية أو العملية ولكن النشاط العام لا يتأثر.	<input type="checkbox"/>
2	تعارض واضح في النشاطات الاجتماعية أو العملية ولكن يمكن السيطرة عليه.	<input type="checkbox"/>
3	تسبب خلافاً كبيراً في أداء النشاطات الاجتماعية أو العملية.	<input type="checkbox"/>
4	تسبب خلافاً بليغاً.	<input type="checkbox"/>

3- مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية.

0	لا يوجد	<input type="checkbox"/>
1	خفيف (أحياناً) ، ليس مزعجاً.	<input type="checkbox"/>
2	متوسط (غالباً) ومزعجاً ولكن يمكن السيطرة عليه.	<input type="checkbox"/>
3	شديد (أغلب الوقت) ومزعج جداً .	<input type="checkbox"/>
4	توتر بليغ (دائم) لحد الإعاقة تقريباً .	<input type="checkbox"/>

4- مقدار الجهد الذي المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية (بغض النظر عن نجاحك في المقاومة).

0	لا أبذل جهداً حتى أقاوم دائماً (أو أن الأفكار قليلة جداً بحيث لا حاجة للمقاومة).	<input type="checkbox"/>
1	أحاول أن أقاوم معظم الوقت.	<input type="checkbox"/>
2	أبذل بعض الجهد حتى أقاوم.	<input type="checkbox"/>
3	أستسلم لكل الأفكار الوسواسية بدون محاولة للسيطرة عليها، وإن حاولت السيطرة فيكون بعد تردد.	<input type="checkbox"/>
4	أستسلم كلية وبارادتي للأفكار الوسواسية كلها.	<input type="checkbox"/>

5- مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية

0	سيطرة تامة.	<input type="checkbox"/>
1	سيطرة كبيرة، عادة يمكنني أن أوقف أو أصرف انتباهي عن الوسواس عند بذل بعض الجهد والتركيز.	<input type="checkbox"/>
2	سيطرة متوسطة، بعض الأحيان أستطيع إيقاف أو صرف انتباهي عن الوسواس.	<input type="checkbox"/>
3	سيطرة قليلة، نادراً ما ألتج في إيقاف الوسواس، أستطيع فقط صرف الانتباه بصعوبة.	<input type="checkbox"/>
4	لا سيطرة ، نادراً ما أستطيع صرف الانتباه عن الوسواس ولو للحظات قليلة.	<input type="checkbox"/>

مجموع الدرجات = ()

الملاحق

6- مقدار الوقت الذي تمضي به في القيام بالأفعال القهرية

0	لا شيء
1	أقل من ساعة في اليوم ، أو تقوم بالأفعال أحيانا (لا تزيد عن 8 مرات في اليوم)
2	من ساعة إلى ثلاث ساعات في اليوم، أو تقوم بالأفعال كثيرا (أكثر من 8 مرات في اليوم ولكن معظم الساعات تخلو من الأفعال القهرية)
3	أكثر من ثلاث ساعات في اليوم ، أو تقوم بالأفعال كثيرا جدا (أكثر من 8 مرات في اليوم وخلال معظم ساعات اليوم).
4	أكثر من 8 ساعات في اليوم أو تقوم بالأفعال بشكل دائم (أكثر من أن تحصيها ونادرا ما تمر ساعة لا تقوم فيها بالأفعال)

7- مقدار التعارض الذي تحدثه الأفعال القهرية في نشاطاتك الاجتماعية والعملية

0	لا يوجد
1	تعارض خفيف مع النشاطات الاجتماعية أو العملية ، ولكن النشاط العام لا يتأثر
2	تعارض واضح مع النشاطات الاجتماعية أو العملية ولكن يمكن السيطرة عليه
3	تسبب خللا كبيرا في أداء النشاطات الاجتماعية أو العملية
4	تسبب عجزا كبيرا

8- مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية

0	لا يوجد
1	قلق بسيط عند الامتناع عن القيام بالأفعال .
2	يظهر القلق لكن يمكن تحمله.
3	قلق واضح ومزعج للغاية.
4	قلق شديد يسبب عجزا بليغا.

9- مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية (بغض النظر عن مدى نجاحك في المقاومة)

0	أبذل جهدا حتى أقاوم دائما (أو أن الأفعال القهرية قليلة بحيث لا حاجة للمقاومة)
1	أحاول أن أقاوم معظم الوقت
2	أعمل بعض المحاولات للمقاومة.
3	استسلم لكل الأفعال القهرية بدون محاولة للسيطرة عليها ، وإن حاولت السيطرة فيكون بعد تردد.
4	استسلم كلية وبارادتي لكل الأفعال القهرية.

10- مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية

0	سيطرة تامة.
1	عادة ما أوقف الأفعال القهرية بصعوبة
2	أحيانا أستطيع إيقاف الأفعال القهرية بصعوبة.
3	أستطيع بصعوبة أن أؤخر - فقط - الأفعال القهرية لكن يجب علي القيام بها حتى النهاية.
4	نادرا ما أستطيع أن أؤخر القيام بالأفعال القهرية ولو للحظات.

مجموع الدرجات = ()

مجموع الدرجات الكلي = ()

الملاحق

التصحيح

ماذا يعني تقييمك في مقياس بييل - براون للوسواس القهري:

شدة اضطراب الوسواس القهري	المعدل في مقياس بييل - براون للوسواس القهري
خفيف جدا	صفر - 7
خفيف	8 - 15
متوسط	16 - 23
ملحوظ	24 - 31
شديد	32 - 40

صفر - 7: أعراض وسواس قهري خفيفة جدا. في الغالب لا تحتاج إلى العلاج إلا إذا كان معدلا قليلا لأنك تتجنب مواقف كثيرة أو لديك أفعال قهرية فقط أو وسواس فقط.

8 - 15: أعراض خفيفة والتي من المحتمل أن تتعارض في حياتك بطرق ملحوظة. (إذا كان لديك وسواس أو أفكار فهذا يعني شدة متوسطة)

16 - 23: أعراض متوسطة ، إحراز 16 نقطة هو الحد الأدنى المطلوب لدخول دراسات علاج اضطراب الوسواس القهري.

24 - 31 : أعراض ملحوظة والتي من المحتمل أن تفسد نوعية حياتك بصورة كبيرة.

32 - 40: أعراض شديدة والتي من المحتمل أن تسبب عجزا بالغا. قد تحتاج إلى علاج يقوم به اختصاصي في اضطراب الوسواس القهري.

الملاحق

الملحق رقم -8-

مقياس التقبل والفعل - النسخة الثانية (النسخة الأصلية)

Acceptance and Action Questionnaire AAQ-II

AAQ-II

Below you will find a list of statements. Please rate how true each statement is for you by circling a number next to it. Use the scale below to make your choice.

1	2	3	4	5	6	7
never true	very seldom true	seldom true	sometimes true	frequently true	almost always true	always true

1. My painful experiences and memories make it difficult for me to live a life that I would value. 1 2 3 4 5 6 7

2. I'm afraid of my feelings. 1 2 3 4 5 6 7

3. I worry about not being able to control my worries and feelings. 1 2 3 4 5 6 7

4. My painful memories prevent me from having a fulfilling life. 1 2 3 4 5 6 7

5. Emotions cause problems in my life. 1 2 3 4 5 6 7

6. It seems like most people are handling their lives better than I am. 1 2 3 4 5 6 7

7. Worries get in the way of my success. 1 2 3 4 5 6 7

الملاحق

الملحق رقم -9- قائمة فريبيرغ للوعي الكامل (النسخة الاصلية) Freiburg Mindfulness Inventory (FMI)

The purpose of this inventory is to characterize your experience of mindfulness. Please use the Last 7 days as the time-frame to consider each item. Provide an answer for every statement as best you can. Please answer as honestly and spontaneously as possible. There are neither 'right' nor 'wrong' answers, nor 'good' or 'bad' responses. What is important to us is your own personal experience.

Thanks very much for all your effort!

Rarely Occasionally Fairly often Almost always

1. I am open to the experience of the present moment.
2. I sense my body, whether eating, cooking, cleaning or talking.
3. When I notice an absence of mind, I gently return to the experience of the here and now.
4. I am able to appreciate myself.
5. I pay attention to what's behind my actions.
6. I see my mistakes and difficulties without judging them.
7. I feel connected to my experience in the here-and-now.
8. I accept unpleasant experiences.
9. I am friendly to myself when things go wrong.
10. I watch my feelings without getting lost in them.
11. In difficult situations, I can pause without immediately reacting.
12. I experience moments of inner peace and ease, even when things get hectic and stressful.
13. I am impatient with myself and with others.
14. I am able to smile when I notice how I sometimes make life difficult

الملاحق

الملحق رقم -10-

مقياس تصديق أفكار ومشاعر القلق (النسخة الأصلية)

Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire (BAFT)

Imagine the following thoughts occurred to you right now. **How valid or believable would each be to you?** Please use the following scale. For each thought, please circle a number 1 through 7 depending on how believable that thought is to you.

		Scale							
		1	2	3	4	5	6	7	
		Not at All Believable							Completely Believable
1	2	3	4	5	6	7	1.	_____ I need to get a handle on my anxiety and fear for me to have the life I want.	
1	2	3	4	5	6	7	2.	_____ Appearing nervous is not good and causes me to suffer.	
1	2	3	4	5	6	7	3.	_____ I can't really do the things that I want to do when I have anxiety and fear.	
1	2	3	4	5	6	7	4.	_____ I must stay in control of my emotions.	
1	2	3	4	5	6	7	5.	_____ If I were like other people, I would be able to get a grip on my anxious thoughts and feelings.	
1	2	3	4	5	6	7	6.	_____ My anxious thoughts and feelings are a problem.	
1	2	3	4	5	6	7	7.	_____ I am sure to be embarrassed and make a fool of myself when other people notice how nervous and shaky I feel.	
1	2	3	4	5	6	7	8.	_____ Unusual body sensations are scary and something I need to act on to reduce or get rid of before I can do anything else.	
1	2	3	4	5	6	7	9.	_____ My anxious thoughts and feelings are not normal.	
1	2	3	4	5	6	7	10.	_____ Scanning my body for signs and symptoms of anxiety is important to keep me safe.	
1	2	3	4	5	6	7	11.	_____ When I am very anxious or afraid there is a good chance that I might be dying.	
1	2	3	4	5	6	7	12.	_____ I could lose control of myself when I feel anxious or afraid.	
1	2	3	4	5	6	7	13.	_____ I must do something about my anxiety or fear when it shows	
1	2	3	4	5	6	7	14.	When unpleasant thoughts occur, I must push them out of my mind.	
1	2	3	4	5	6	7	15.	_____ When I feel bad, I must fight the feeling in order to make it go away.	
1	2	3	4	5	6	7	16.	_____ My happiness and success depends on how good I feel.	

مقياس ييل براون للوسواس القهري (النسخة الأصلية)

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS)

Questions 1 through 5 are about your obsessive thoughts.

Obsessions are unwanted ideas, images, or impulses that intrude on thinking against your wishes and efforts to resist them. They usually involve themes of harm, risk, and danger. Common obsessions are excessive fears of contamination; recurring doubts about danger; extreme concern with order, symmetry, or exactness; fear of losing important things.

Please answer each question by writing the appropriate number in the box next to it.

1. Time Occupied by Obsessive Thoughts

Q. How much of your time was occupied by obsessive thoughts?

0 = None - If you checked this answer, also check 0 for questions 2, 3, 4 and 5 and proceed to question 6.

- 1 = Less than 1 hour per day, or occasional occurrence.
2 = 1 to 3 hours per day, or frequent occurrence.
3 = More than 3 hours and up to 8 hours per day, or very frequent occurrence.
4 = More than 8 hours per day, or nearly constant occurrence.

2. Interference Due to Obsessive Thoughts

Q. How much do your obsessive thoughts interfere with your work, school, social, or other important role functioning? Is there anything that you don't do because of them?

0 = None

- 1 = Slight interference with social or other activities, but overall performance not impaired.
2 = Definitive interference with social or occupational performance, but still manageable.
3 = Causes substantial impairment in social or occupational performance.
4 = Incapacitating.

3. Distress Associated with Obsessive Thoughts

Q. How much distress do your obsessive thoughts cause you?

0 = None

- 1 = Not too disturbing.
2 = Disturbing, but still manageable.
3 = Very disturbing.
4 = Near constant and disabling distress.

4. Resistance Against Obsessions

Q. How much of an effort do you make to resist the obsessive thoughts? How often do you try to disregard or turn your attention away from those thoughts as they enter your mind?

0 = Try to resist all the time.

- 1 = Try to resist most of the time.
2 = Make some effort to resist.
3 = Yield to all obsessions without attempting to control them, but with some reluctance.
4 = Completely and willingly yield to all obsessions.

208 The OCD Workbook

5. Degree of Control Over Obsessive Thoughts

Q. How much control do you have over your obsessive thoughts? How successful are you in stopping or diverting your obsessive thinking?

- 0 = Complete control
- 1 = Usually able to stop or divert obsessions with some effort and concentration.
- 2 = Sometimes able to stop or divert obsessions.
- 3 = Rarely successful in stopping obsessions or dismissing obsessions, can only divert attention with great difficulty.
- 4 = Obsessions are completely involuntary, rarely able to even momentarily alter obsessive thinking.

The next several questions are about your compulsive behaviors.

Compulsions are urges that people have to do something to lessen feelings of anxiety or other discomfort. Often they do repetitive, purposeful, intentional behaviors called rituals. The behavior itself may seem appropriate but it becomes a ritual when done to excess. Washing, checking, repeating, straightening, hoarding, and many other behaviors can be rituals. Some rituals are mental. For example, thinking or saying things over and over under your breath.

6. Time Spent Performing Compulsive Behaviors

Q. How much time do you spend performing compulsive behaviors? How much longer than most people does it take to complete routine activities because of your rituals? How frequently do you do rituals?

- 0 = None.
- 1 = Less than 1 hour per day, or occasional performance of compulsive behavior.
- 2 = 1 to 3 hours per day, or frequent performance of compulsive behavior.
- 3 = More than 3 hours and up to 8 hours per day, or very frequent performance of compulsive behaviors.
- 4 = More than 8 hours per day, or near-constant performance of compulsive behavior (too numerous to count).

7. Interference Due to Compulsive Behaviors

Q. How much do your compulsive behaviors interfere with your work, school, social, or functioning? Is there anything you don't do because of your compulsions?

- 0 = None.
- 1 = Slight interference with social or other activities, but overall performance not impaired.
- 2 = Definite interference with social or occupational performance, but still manageable.
- 3 = Causes substantial impairment in social or occupational performance.
- 4 = Incapacitating.

8. Distress Associated with Compulsive Behavior

Q. How would you feel if prevented from performing your compulsion(s)? How anxious would you become?

- 0 = Not at all anxious.
- 1 = Only slightly anxious if compulsions prevented.
- 2 = Anxiety would mount but remain manageable if compulsions prevented.
- 3 = Prominent and very disturbing increase in anxiety if compulsions interrupted.
- 4 = Incapacitating anxiety from any intervention aimed at modifying activity.

9. Resistance Against Compulsions

Q. How much of an effort do you make to resist the compulsions?

0 = Always try to resist.

1 = Try to resist most of the time.

2 = Make some effort to resist.

3 = Yield to almost all compulsions without attempting to control them, but with some reluctance.

4 = Completely and willingly yield to all compulsions.

10. Degree of Control Over Compulsive Behavior

Q. How strong is the drive to perform the compulsive behavior? How much control do you have over the compulsions?

0 = Complete control.

1 = Pressure to perform the behavior but usually able to exercise voluntary control over it.

2 = Strong pressure to perform behavior, can control it only with difficulty.

3 = Very strong drive to perform behavior, must be carried to completion, can only delay with difficulty.

4 = Drive to perform behavior experienced as completely involuntary and overpowering, rarely able to even momentarily delay activity.

Note: Based upon the author's experience, scores on the YBOCS can be interpreted as follows:

0-14: non-significant to mild OCD

15-23: mild to moderate OCD

23-29: moderate to severe OCD

30-40: severe to disabling OCD

TOTAL =

This adaptation of the Y-BOCS is printed with the permission of Wayne Goodman at the University of Florida, College of Medicine, Gainesville, Florida 32610. The original version was published by: Goodman W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., et al. "Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale I: Development, Use and Reliability." Arch Gen Psychiatry 1989. 46:1006-1011.

Submit Form

Print Form

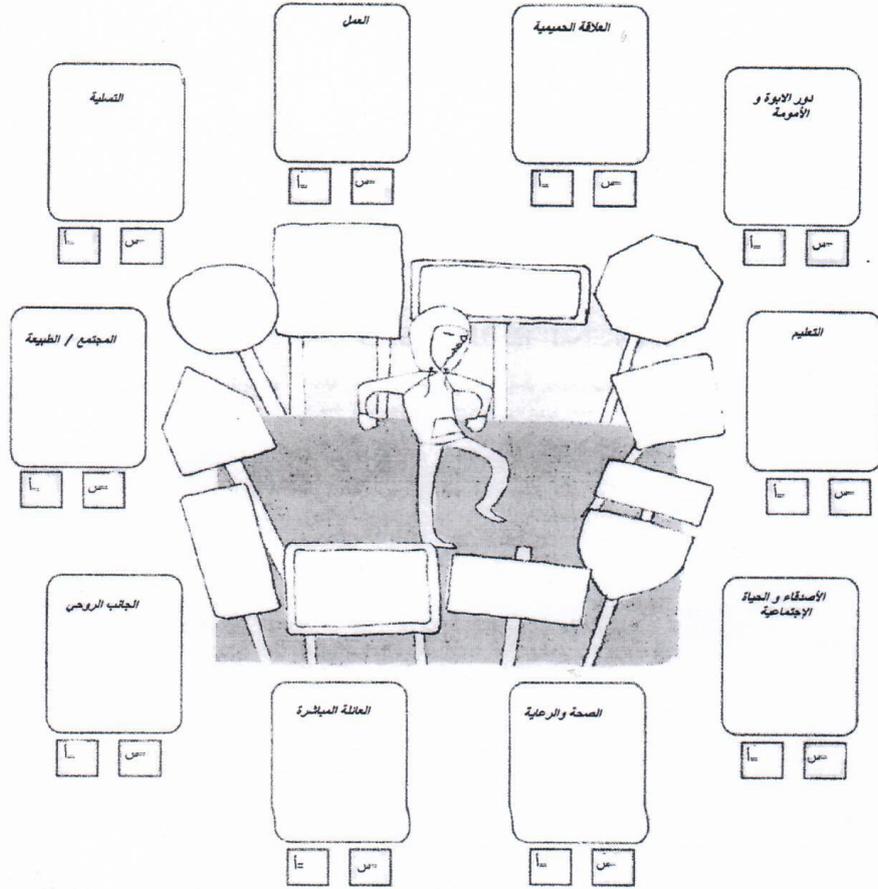
Save Form

Clear Form

الملاحق

الملحق رقم -12-

القيم



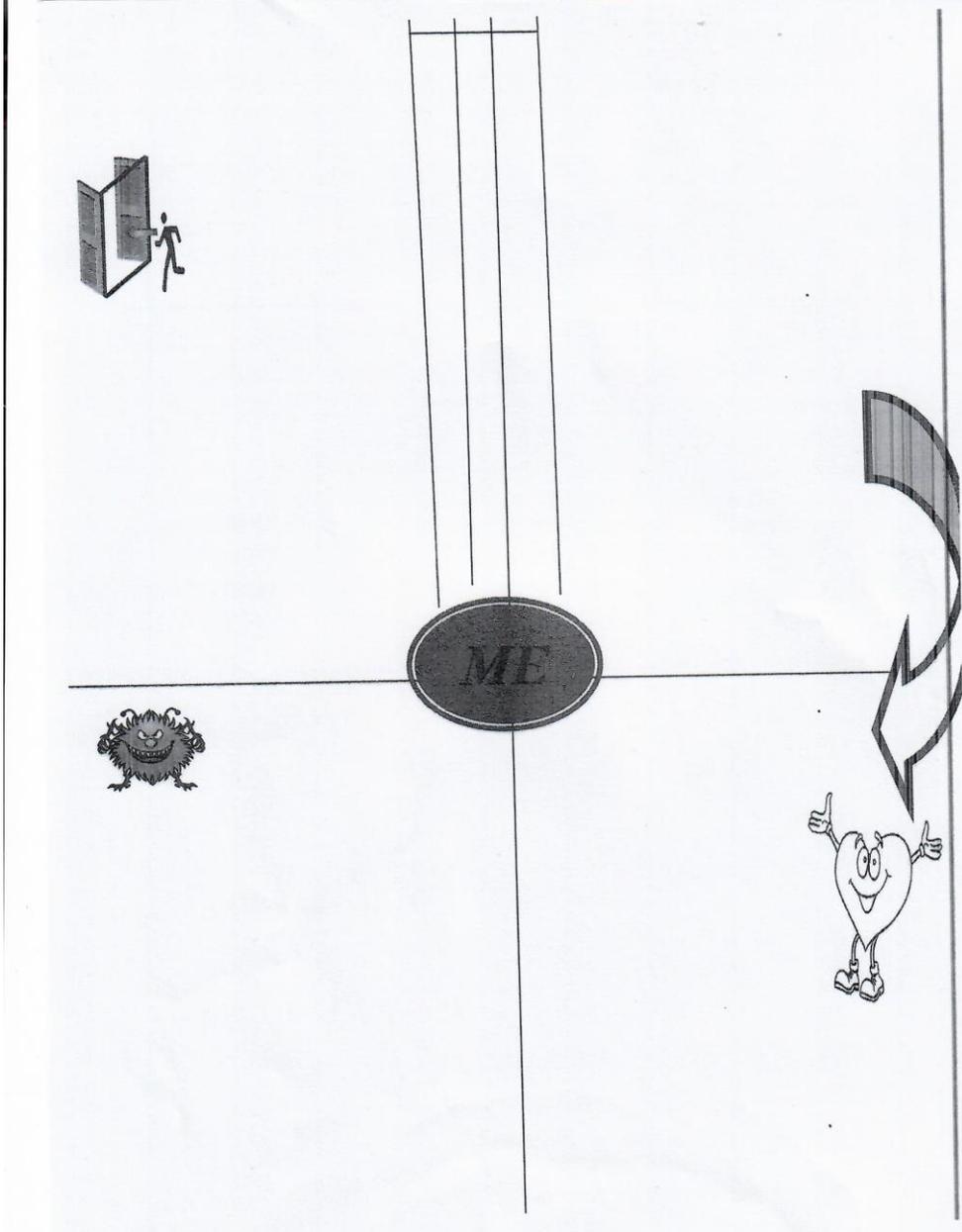
لتعليمات:

- 1) بالمدى لكل فئة من القيم، حدد بعض السمات الأساسية لك، أي نوع من الأشخاص تحب أن تكون في ظلهم من البداية على سبيل المثال: لقيمة العلاقات الحميمة، يمكن ذكر شخصين منهم ما حزن برسمه.
- 2) استلهمي، ماضي الأممية التي تعلمها لهذا الجانب من دولتك حدد الأممية على سلم يتدرج من 1 إلى 10 حيث 1 يمثل عدم أهمية المجال أما 10 فيمثل أهمية قصوى
- 3) من سه السلوك، حل فئات بنسب كانت مفرمة فيما يخص هذه القيمة حدد مستوى التزامك نحو هذه القيمة على مقياس من 1 إلى 10، حيث يمثل 1 عدم اهتمامك بأي مبادرات جيل هذه القيمة أما 10 فتدل أن التزامك نحو القيمة.
- 4) هناك لافتات بأشكال حدد فيها الجوانب التي تتناول دورهاك بمبادراتك نحو قيمة معينة

الملاحق

الملحق رقم -13-

المصفوفة



الملاحق

-14- الملحق رقم

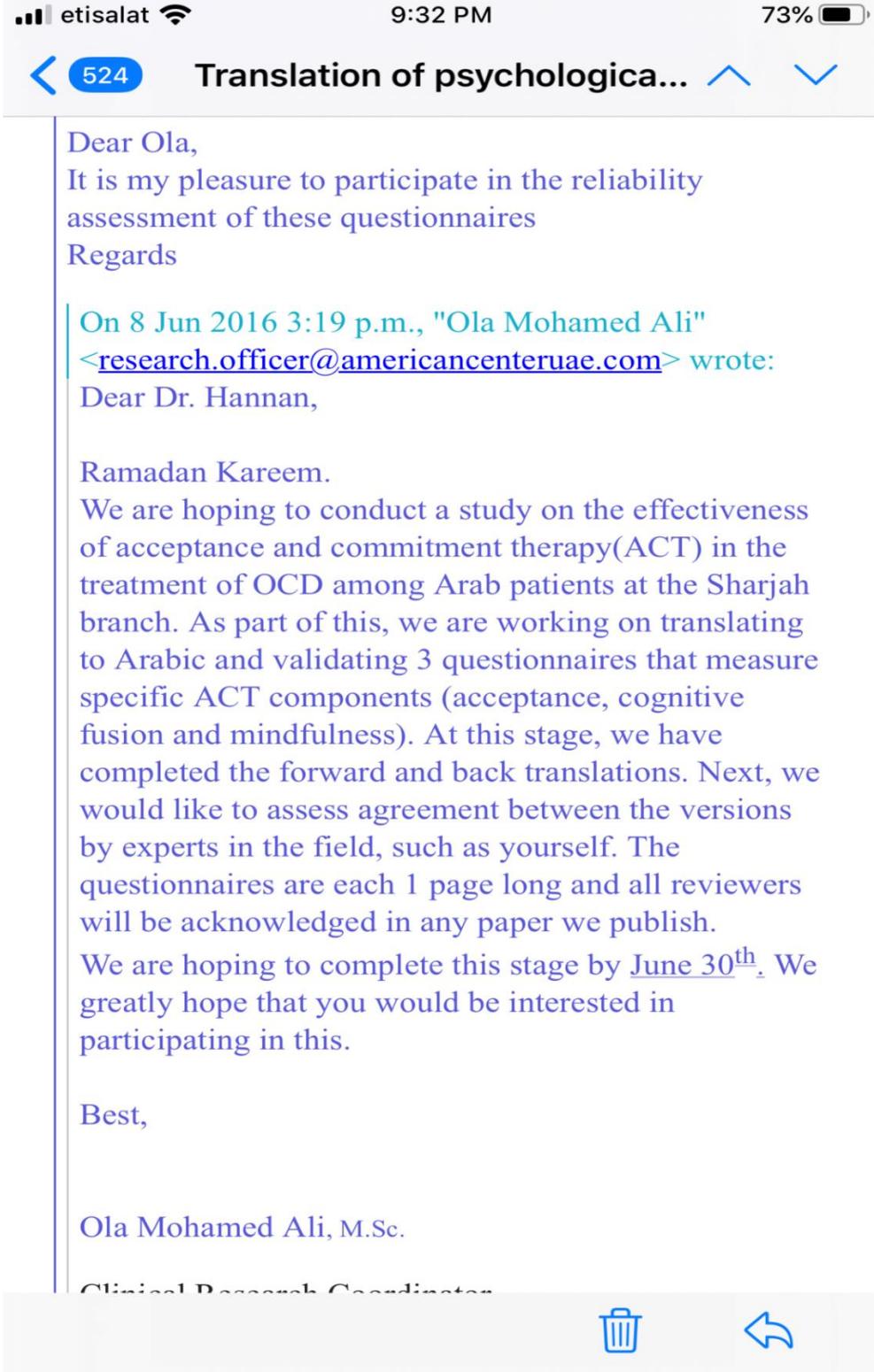
جدول متابعة الوسواس

Daily Willingness Diary

Please complete this form after your obsession occurs. This form need not be completed after every obsession. The form only needs to be completed a couple times. Please bring your response to the following session.

Day	What was the experience?	What were your feelings while it was happening?	What were your thoughts while it was happening?	What were your bodily sensations while it was happening?	What did you do to handle your feelings, thoughts, or bodily sensations?
Day 1					
Day 2					
Day 3					
Day 4					
Day 5					

إجراءات تعريب الاختبارات



< 523 Believability of anxious feel... ^ v

Date: June 8, 2016 at 1:37:09 PM GMT+4

To: "Forsyth, John P" <forsyth@albany.edu>, <kherzberg@gmail.com>

Cc: <i.bouguefa@americancenteruae.com>, "Georg Eifert" <eifertgeorg@gmail.com>

Subject: RE: Believability of anxious feelings and thoughts questionnaire

Dear John,

Thank you. We started the translation of the questionnaire and would like some clarification on item 16 (My happiness and success depend on how good I feel). The phrase "I feel good" does not translate well into Arabic, so are there alternative ways of formulating this item that would not change its meaning?

Best,

Ola Mohamed Ali, M.Sc.

Clinical Research Coordinator
American Center for Psychiatry and Neurology



E-mail: research.officer@americancenteruae.com

Phone: 02 697 9999 ext. 346

Mobile: 052 602 8615





523

Believability of anxious feel...



From: Forsyth, John P [<mailto:forsyth@albany.edu>]

Sent: Monday, April 18, 2016 7:14 PM

To: Ola Mohamed Ali; kherzberg@gmail.com

Cc: i.bouguefa@americancenteruae.com; Georg Eifert

Subject: Re: Believability of anxious feelings and thoughts questionnaire

Importance: High

Hi Ola – Georg and I would be thrilled if you translated the BAFT for use in your research. Please keep us posted as to what you find.

Peace –john

John P. Forsyth, Ph.D.

Professor of Psychology
Director, Anxiety Disorders Research Program
University at Albany, SUNY
Department of Psychology
Social Sciences 399
[1400 Washington Avenue](http://1400.Washington.Avenue)
[Albany, NY 12222](http://Albany.NY.12222)
Ph: [518-442-4862](tel:518-442-4862)
Fax: [518-442-4867](tel:518-442-4867)
email: forsyth@albany.edu

Visit My Website:

www.drjohnforsyth.com

Lab Web Page:





From: "Ola Mohamed Ali"

<research.officer@americancenteruae.com>

Date: June 7, 2016 at 2:35:51 PM GMT+4

To: "'Majeda Humeidan'"

<Majeda.Humeidan@zu.ac.ae>

Cc: <i.bouguefa@americancenteruae.com>

Subject: RE: Translation of psychological instruments

Dear Dr. Majeda,

Thank you for agreeing to participate in the validation study. Attached is the rating tool with the instructions. Please let me know if anything needs to be clarified. We hope to have this completed by the end of June, so we greatly appreciate if you can send it back to us by June 30th.

Best,

Ola Mohamed Ali, M.Sc.

Clinical Research Coordinator
American Center for Psychiatry and Neurology



E-mail: research.officer@americancenteruae.com





522

Translation of psychologica...



From: Majeda Humeidan

[<mailto:Majeda.Humeidan@zu.ac.ae>]

Sent: Wednesday, June 1, 2016 4:25 PM

To: Ola Mohamed Ali; Majeda Humeidan

Cc: i.bouguefa@americancenteruae.com

Subject: RE: Translation of psychological instruments

Dear Ola,

Thank you for your email. This sounds like a very interesting project. I would be interested to hear more. If possible, could you please send me some information about the researchers involved. Also, if you could give at the content, I would be in a better position to decide if the language skills needed are within my capabilities. Looking forward to hearing more.

Best Wishes

Majeda

Sent from Samsung Mobile



جامعة زايد
ZAYED UNIVERSITY

Majeda Humeidan

Assistant Professor
College of Sustainability Sciences and
Humanities

ماجدة حميدان

أستاذ مساعد
كلية الآداب و علوم
الإستدامة





To: Majeda Humeidan

Cc: i.bouguefa@americancenteruae.com

Subject: Translation of psychological instruments

Dear Dr. Majeda,

We are hoping to conduct a study on the effectiveness of acceptance and commitment therapy in the treatment of OCD among Arab patients and as part of this, we are working on translating to Arabic and validating 3 questionnaires that measure specific ACT components (acceptance, cognitive fusion and mindfulness). At this stage, we have completed the forward and back translations. Next, we would like to assess agreement between the Arabic and English versions by bilingual experts in the field, such as yourself.

The questionnaires are each 1 page long and all reviewers will be acknowledged in any paper we publish. We are hoping to complete this stage by June 23rd. We greatly hope that you would be interested in participating in this. Also, if you can recommend anyone else in the field who would be interested, it would be greatly appreciated.

Regards,

Clinical Research Coordinator

American Center for Psychiatry and Neurology

E-mail: research.officer@americancenteruae.com

Phone: 02 697 9999 ext. 346

Mobile: 052 602 8615





Dear Dr. Abdalla,

Thank you for agreeing to participate in the validation study, and apologies for the delay. Attached is the rating tool with the instructions. Please let me know if anything needs to be clarified. We hope to have this completed by the end of June, so we greatly appreciate if you can send it back to us by June 30th.

Regards,

Ola Mohamed Ali, M.Sc.

Clinical Research Coordinator
American Center for Psychiatry and Neurology



E-mail: research.officer@americancenteruae.com

Phone: 02 697 9999 ext. 346

Mobile: 052 602 8615

From: Abdalla Hamid [<mailto:ahamid@uaeu.ac.ae>]

Sent: Wednesday, June 1, 2016 5:51 PM

To: Ola Mohamed Ali

Subject: Re: Translation of psychological instruments

Dear Ola,

I am ready to cooperate with your team in achieving this task.





From: Abdalla Hamid [<mailto:ahamid@uaeu.ac.ae>]

Sent: Wednesday, June 1, 2016 5:51 PM

To: Ola Mohamed Ali

Subject: Re: Translation of psychological instruments

Dear Ola,

I am ready to cooperate with your team in achieving this task.

Thanks a lot

Sent from my iPhone

On 1 Jun 2016, at 4:18 pm, Ola Mohamed Ali
<research.officer@americancenteruae.com> wrote:

Dear Dr. Abdullah,

I am writing to you from the American Center for Psychiatry and Neurology where we are hoping to conduct a study on the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in the treatment of OCD among Arab patients. As part of this, we are working on translating to Arabic and validating 3 questionnaires that measure specific ACT components (acceptance, cognitive fusion and mindfulness). At this stage, we have completed the forward and back translations. Next, we would like to assess agreement between the Arabic and English versions by bilingual experts in the field, such as yourself.

The questionnaires are each 1 page long and all reviewers will be acknowledged in any paper we publish. We are





522

Translation of psychologica...



Dear Dr. Abdullah,

I am writing to you from the American Center for Psychiatry and Neurology where we are hoping to conduct a study on the effectiveness of acceptance and commitment therapy(ACT) in the treatment of OCD among Arab patients. As part of this, we are working on translating to Arabic and validating 3 questionnaires that measure specific ACT components (acceptance, cognitive fusion and mindfulness). At this stage, we have completed the forward and back translations. Next, we would like to assess agreement between the Arabic and English versions by bilingual experts in the field, such as yourself.

The questionnaires are each 1 page long and all reviewers will be acknowledged in any paper we publish. We are hoping to complete this stage by June 23rd. We greatly hope that you would be interested in participating in this.

Regards,

Ola Mohamed Ali, M.Sc.

Clinical Research Coordinator
American Center for Psychiatry and Neurology
<image001.png>

E-mail: research.officer@americancenteruae.com

Phone: 02 697 9999 ext. 346

Mobile: 052 602 8615





522

Translation of psychologica...



From: "Ola Mohamed Ali"

[<research.officer@americancenteruae.com>](mailto:research.officer@americancenteruae.com)

Date: June 7, 2016 at 2:34:42 PM GMT+4

To: "'Fadwa M. B. AL Mughairbi'"

[<f.almughairbi@uaeu.ac.ae>](mailto:f.almughairbi@uaeu.ac.ae)

Cc: [<i.bouguefa@americancenteruae.com>](mailto:i.bouguefa@americancenteruae.com)

Subject: RE: Translation of psychological instruments

Dear Dr. Fadwa,

Thank you for agreeing to participate in the validation study, and apologies for the delay. Attached is the rating tool with the instructions. Please let me know if anything needs to be clarified. We hope to have this completed by the end of June, so we greatly appreciate if you can send it back to us by June 30th.

Best,

Ola Mohamed Ali, M.Sc.

Clinical Research Coordinator

American Center for Psychiatry and Neurology



E-mail: research.officer@americancenteruae.com





522

Translation of psychologica...



E-mail: research.officer@americancenteruae.com

Phone: 02 697 9999 ext. 346

Mobile: 052 602 8615

From: Fadwa M. B. AL Mughairbi

[<mailto:f.almughairbi@uaeu.ac.ae>]

Sent: Thursday, June 2, 2016 2:22 PM

To: Ola Mohamed Ali

Cc: i.bouguefa@americancenteruae.com

Subject: Re: Translation of psychological instruments

Dear Ola

Sure I will send my comments by next week

I recommend Dr. Abdalla Hamid, coordinator of MSc. in Clinical as well. His email is ahamid@uaeu.ac.ae

Sincerely,

د. فدوى محمد بشير المغيربي

مساعد العميد لشؤون البحث العلمي والدارسات العليا

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

جامعة دولة الامارات العربية المتحدة

Fadwa Al Mughairbi, Ph. D.

Assistant Dean for Research & Graduate Studies





522

Psychological instruments...



Date: June 7, 2016 at 2:25:55 PM GMT+4

To: "Ahmed Ahmed"

<a.ahmed@americancenteruae.com>

Cc: <i.bouguefa@americancenteruae.com>

Subject: RE: Psychological instruments validation study

Dear Dr. Ahmed,

Thank you for agreeing to participate in the validation study. Attached is the rating tool with the instructions. Please let me know if anything needs to be clarified. We hope to have this completed by the end of June, so we greatly appreciate if you can send it back to us by June 30th.

Regards,

Ola Mohamed Ali, M.Sc.

Clinical Research Coordinator

American Center for Psychiatry and Neurology



E-mail: research.officer@americancenteruae.com

Phone: 02 697 9999 ext. 346

Mobile: 052 602 8615





522

Psychological instruments...



[\[mailto:research.officer@americancenteruae.com\]](mailto:research.officer@americancenteruae.com)

Sent: Thursday, June 2, 2016 2:12 PM

To: 'Ahmed Ahmed'

Cc: 'i.bouguefa@americancenteruae.com'

Subject: Psychological instruments validation study

Dear Dr. Ahmed,

I hope all is well. I am writing to request your assistance with another research project we are planning.

We are hoping to conduct a study on the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in the treatment of OCD among Arab patients. As part of this, we are working on translating to Arabic and validating 3 questionnaires that measure specific ACT components (acceptance, cognitive fusion and mindfulness). At this stage, we have completed the forward and back translations. Next, we would like to assess agreement between the Arabic and English versions by bilingual experts in the field, such as yourself.

The questionnaires are each 1 page long and all reviewers will be acknowledged in any paper we publish. We are hoping to complete this stage by June 23rd. We greatly hope that you would be interested in participating in this.

Regards,

Ola Mohamed Ali, M.Sc.

Clinical Research Coordinator

American Center for Psychiatry and Neurology

E-mail: research.officer@americancenteruae.com





522

Believability of anxious feel...



Our Clinical Trials Evaluating ACT for Anxiety:

Visit ACTforAnxiety.com

From: Ola Mohamed Ali

<research.officer@americancenteruae.com>

Date: Monday, April 18, 2016 at 1:37 AM

To: Kristin Herzberg <kherzberg@gmail.com>, John Forsyth <forsyth@albany.edu>

Cc: "i.bouguefa@americancenteruae.com"

<i.bouguefa@americancenteruae.com>

Subject: Believability of anxious feelings and thoughts questionnaire

Dear Dr. Herzberg and Dr. Forsyth,

I am writing from the American Center for Psychiatry and Neurology in the United Arab Emirates, where we are currently planning to conduct a study on the effectiveness of acceptance and commitment therapy on the treatment of OCD among Arab patients. We are looking to assess cognitive fusion before and after the program using the BAFT and as such would like to request permission to translate and validate the questionnaire to Arabic.

Looking forward to your favorable response.

Sincerely,

Ola Mohamed Ali, M.Sc.

Clinical Research Coordinator

American Center for Psychiatry and Neurology

